FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

NGOHOU Bonevat

Né le 12 Septembre 1935, à SIEMREAP (Cambodge)

Présentée et soutenue publiquement le :

L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUEMENT ACCÉLÉRÉ ET A DOULEURS ATTÉNUÉES

"RÉSULTATS ACTUELS ET MODIFICATIONS APPORTÉES A LA MÉTHODE"

Président : M. le Professeur Léon BINET

Polycopie GILANNE - 36, rue Falguière, PARIS-XV°

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.) , AUBIN (A.) , BENARD (H.) , BULLIARD (H.) , CADENAT (F.) , CHABROL (E.) , CHAMPY (C.) , DEBRE (R.) , FEY (B.) , GASTINEL (P.) , HALPHEN (E.) , HAZARD (R.) , HEUYER (G.) , LANTUEJOUL (P.) , LAROCHE (G.) , LEVY-SOLAL (E.) , LIAN (C.) , MATHIEU (P.) , MOCQUOT (P.) , MONDOR (H.) , MONOD (R.) , MOREAU (R.) , MOULONGUET (P.) , OLIVIER (E.) , PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.) , QUENU (J.) , RICHET (C.) , SENEQUE (J.) , STROHL (A.) , TANON (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET,
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE

2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. - PROFESSEURS :

1°) CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	(JAYLE (M.-F.))SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	(BINET (L.))BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)

	MM.
Physique médicale	(DOGNON (A.))DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	(DESGREZ (P.))POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2°) CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	BEAUJON	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	COCHIN	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Saint-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	LENEGRE (J.)
	Broussais	SOULIE (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538114_0043

	MM.
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabère sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpétrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales (Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port -Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H.) (LHERMITTE (F.) (PEQUIGNOT (H.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C.) (COUINAUD (C.) (GILLOT (C.) (OLIVIER (G.)
	(GAUTHIER-VILLARS (Mle P.) (pr.s.ch.
Anatomie pathologique	(ABELANET (R.) (BUSSER (F.) (CHOMETTE (G.) (GOUYGOU (Ch.), m.conf. (NEZELOFF (Ch.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	(KERN (E.) (VOURC'H (G.)
Orthopédie	(JUDET (R.) (MEARY (R.) (POSTEL (M.) (RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	(DEBAIN (J.) (PIALOUX (P.)
Parasitologie	(GOLVAN (Y.) (LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	(BARCAT (J.) (BINET (J-P.) (CAUCHOIX (J.) (CERBONNET (G.) (CHATELIN (C.-L.) (DUBOST (Ch.)

	MM.
Bactériologie . . .	(BARBIER (P.) (CHRISTOL (D.) (LE MINOR (L.) (TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	(BAULIEU Et.m.conf. (BOURILLON (R.) (CARTIER (P.) (DREYFUS (J.-Cl.) (GONNARD (P.) (KRUH (J.) (JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports . . .	PLAS (F.)
Carcinologie . . .	(BOIRON (M.) (DENOIX (P.) (MATHE (G.) (SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	(CIVATTE (J.) (DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD(G.)
Hématologie	(BESSIS (M.) (BILSKI-PASQUIER(G.) (DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.)
Histologie	(COUJARD(R.),pr.s.ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.)
Hydrologie	(BESANÇON (F.) (CORNET (A.)
Hygiène	(BOYER (J.)pr.s.ch. (BLANCHER (G.) (CORRE-HURST(Mme L.) (SAPIN-JALOUSTRE(H.)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)
Médecine légale . .	(DEROBERT(L.),pr.s.ch. (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.) (HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie . .	PERTUISET (B.)
Obstétrique	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (LEVY (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	(DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.) (FLABEAU (F.) (GARBAY (M.) (GARNIER (H.) (Cl.de) GAUDART-d'ALLAINES (GERMAIN (A.) (LATASTE (J.) (LEVEQUE (B.) (LOYGUE (J.) (MERCADIER (M.) (NATALI (J.) (PELLERIN (D.) (PERROTIN (J.) (ROBERT (H.) (THOMERET (G.)
Pathologie exotique .	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	(BENHAMOU (J.-P.) (BERTHAUX (P.) (BOIVIN (P.) (CROSNIER (J.) (HARTMANN (L.) (LOEPER (J.) (MAURICE (J.) (MIKOL (Cl.) (RICHET (G.)
Pathologie médicale .	(AUSSANNAIRE (M.) (BOUVIER (J.) (BOUVRAIN (Y.) (BRICAIRE (H.) (BRISSAUD (H.) (BROCARD (H.) (BUGE (A.) (CATINAT (J.) (CHRETIEN (J.) (COBLENTZ (B.) (CONTAMIN (F.) (COURY (C.) (ETIENNE (J.-P.) (FREZAL (J.) (FRITEL (D.) (HENNEQUET (A.) (HIMBERT (J.) (HOUSSET (E.) (LAROCHE (Cl.) (LESOBRE (R.) (MACREZ (C.) (MOREAU (L.) (NICK (J.) (ROYER (P.) (TOURNEUR (R.) (WOLFROMM (R.)

	MM.
Obstétrique	(MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (SENEZE (J.) (SUREAU (C.) (THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P.) (DUBOIS (A.) (SARAUX (H.)
Pharmacologie	(BOISSIER (J.) (LECHAT (P.)
Physiologie	(BARRES (G.) (DEJOURS (P.) (DURAND (J.) (GIRARD m.conf. (HUGELIN (A.) (SCHERRER (J.)
Physique médicale	(CHANTEUR (J.) (GOUGEROT(L.),m.conf. pr.s.ch. (GREMY (F.)m.conf. (MILHAUD (G.) (PELLERIN (P.) (ROUCAYROL (J.-Cl.) (TUBIANA (M.)m.conf.
Pneumo phtisiologie	(KREIS (B.) (MEYER (A.) (RENAULT (P.)
Pédiatrie-puériculture	(JOSEPH (R.) (LAFOURCADE (J.) (LEPERCQ (G.) (MANDE (R.) (MOZZIGONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (ROSSIER (A.) (VIALATTE (J.)
Psychiâtrie	PICHOT (P.)
Psychiâtrie infantile	(DENIKER (P.) (DUCHE (D.) (FLAVIGNY (H.) (LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	(DELBARRE (F.)
Stomatologie	(CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.) (m.c.agr. (GRELLET (M.)
Thérapeutique	(CHASSAGNE (P.) (LAMOTTE (M.) (MARCHE (J.)
Urologie	(AUVERT (J.) (MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	(ABOULKER (P.) (ADELINE (A.)pr.s.ch. (VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	(PERRAULT (M.) (RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	(GRASSET (J.) (MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P.) (OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

MM.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE (BOLTANSKI (E.)
(LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)
Secrétaire principal . . . . . Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque)
Conservateur du Musée d'Histoire de la) M. le Docteur HAHN (A.)
Médecine . . . . .)
Conservateur . . . . . Melle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . (Mmes CONTET (J.), FORGET (F.)
(Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
(QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

- - -

A la Mémoire de Sa Majesté PREAH KANCHANNAKOTH,

Roi du CAMBODGE,

A Sa Majesté SAMDECH PREAH MOHA KHSATRIYANI

SISOWATH MONIVONG KOSSAMAK

NEARIRAT SEREY VADDHANA,

Reine du CAMBODGE,

A la Vénérée Mère du Peuple Cambodgien,

En Témoignage de ma très respectueuse et très déférente gratitude pour l'Auguste Bonté, la Haute Sollicitude, la Constante Affection et les Immenses Bienfaits dont Leurs Majestés ont daigné de tout temps entourer ma famille ainsi que moi-même.

A Son Altesse Royale

SAMDECH PREAH NORODOM SIHANOUK UPAYUVAREACH,

Chef de l'Etat et du Gouvernement du CAMBODGE,

Au Glorieux Restaurateur de la Patrie,

Au Pretigieux Guide de la Nation Khmere,

Au Génial Politique,

A l'Incomparable Précurseur,

Au Bienfaiteur qui, en donnant à la Jeunesse de notre Pays l'impulsion et les moyens indispensables, lui a permis d'atteindre la promotion digne d'un Etat libre et moderne,

A SAMDECH " Père Vénéré " dont les élans de noblesse et de générosité, avec la très haute délicatesse qui lui est propre, ne se sont jamais démentis en faveur des miens,

Très respectueusement
Je consacre cet humble travail
en gage d'éternelle reconnaissance.

A la Mémoire de son Altesse Royale
SAMDECH NORODOM MALIKA,

A Son Altesse Royale SAMDECH PREAH SVANGK
VADDHANA REACH KANHA CHAMROEUNRATH
PENGPAS YUKANTHOR,

à qui ma Mère doit tout, le bonheur de son Foyer et les qualités que j'aime et admire profondément en Elle, et qui a eu la bonté toute maternelle de m'admettre à son Ecole pendant tout le cycle primaire,

Respectueux hommages de
très profonde gratitude.

A la mémoire de mes Grands-Parents paternels

que je n'ai pas eu la joie de connaître,

A la mémoire de mes Grands-Parents maternels

Qui m'ont élevé pendant ma jeunesse avec autant de bonté que de gentillesse,

A la Mémoire de "CHE HACH" feue ma Soeur,

Qui nous a quittés trop prématurément,

Sentiments d'éternels regrets.

A Monsieur le Docteur NGO-HOU et Madame,

mes Parents bien aimés,

Images mêmes de la bonté et de l'indulgence,

qui n'ont jamais ménagé leurs efforts pour me venir en aide,

qui m'ont encouragé à entreprendre les études médicales durant lesquelles ils n'ont cessé de m'apporter le confort matériel et moral,

à qui je dois tout,

Je dédie ce modeste ouvrage en témoignage de mon éternelle gratitude et de très grande affection.

A Son Excellence SAMDECH PENN - NOUTH,

Premier Ministre du Gouvernement Royal du CAMBODGE,

Ambassadeur du Royaume du CAMBODGE à PARIS,

Grand Croix de l'Ordre Royal du CAMBODGE,

Qu'il me soit permis de lui témoigner ici ma très respectueuse reconnaissance pour la fidèle amitié qu'il n'a jamais cessé d'apporter à ma famille et à moi-même.

A Monsieur le Professeur Léon BINET,

Doyen de la Faculté de Médecine de PARIS,

Membre de l'Institut,

Grand Croix de la Légion d'Honneur,

qui m'a fait le très grand honneur en acceptant la Présidence de ma Thèse,

Qu'il veuille me permettre de lui exprimer ici toute ma profonde gratitude.

A Mon Maître,

Monsieur le Professeur André LEMAIRE,

Professeur de Clinique Thérapeutique Médicale

Membre de l'Académie de Médecine,

Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui m'a toujours encouragé et soutenu durant toutes mes études de Médecine,

Qu'il veuille retrouver ici l'expression de ma fidélité et de mon dévouement.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques GRASSET,

Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux,

Chef de Service de la Maternité de l'Hôpital " La Pitié ",

Officier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a accueilli dans son Service,
qui m'a suggéré le sujet de cette Thèse
et m'a aidé tout au long de sa rédaction,

Qu'il me soit permis de lui exprimer ici mon éternelle reconnaissance.

A mes Beaux-Parents

Qui m'ont adopté d'emblée comme leur propre fils,

qu'ils daignent accepter ici l'expression de ma vive reconnaissance.

A ma Femme Vannie,

Image même de la douceur et de l'abnégation,

qu'il me soit permis de lui témoigner ici tout mon amour et toute mon affection.

A ma Fille Dara Sobhana,

Dont la naissance nous comble de joie.

A mon Oncle NGO Hong,

Dont la gentillesse est exemplaire,

A ma Tante SAING Traloun

A toute ma Famille,

A tous mes Amis,

Témoignage de mon dévouement.

A Son Excellence le Docteur SONN-MAM,

Médecin des Hôpitaux Psychiâtriques de la Seine

Médecin Directeur de l'Hôpital Psychiâtrique de TAKHMAU

Grand Officier de la Légion d'Honneur,

A Monsieur le Professeur Max MEYNARD,

Doyen de la Faculté de Médecine de PHNOM-PENH

Chevalier de la Légion d'Honneur,

A Monsieur le Docteur SAING SOPHONN,

Professeur d'Obstétrique à la Faculté de Médecine de PHNOM-PENH,

Témoignage de mon profond respect.

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de PARIS,

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Phnom-Penh,

A tout le personnel de la Maternité de l'Hôpital "La Pitié"

Toute ma reconnaissance.

INTRODUCTION

I N T R O D U C T I O N

Si depuis de nombreuses années une importante régression des cas de dystocie dynamique grave au cours du travail a pu être constatée, c'est bien grâce à l'action primordiale des médications antispasmodiques qui ont nettement diminué la fréquence et l'importance des réactions hypertoniques de l'utérus. Le pronostic foetal s'est trouvé considérablement amélioré grâce à un meilleur apport sanguin maternel au placenta.

Cependant certains auteurs ont essayé d'améliorer encore la qualité de la dynamique utérine en cherchant à abaisser le tonus afin de raccourcir la durée du travail en augmentant la qualité de la contraction.

Enfin l'application de l'utilisation des médications antihistaminiques et ganglioplégiques a complété très favorablement ces diverses actions en réalisant une véritable déconnexion de l'utérus gravide et en supprimant ainsi les réflexes nociceptifs médullaires et corticaux.

Ainsi a pu être mise au point la méthode " d'Accouchement Physiologiquement Accéléré à Douleurs Atténuées ", qui est préconisée par notre Maître, Monsieur le Professeur agrégé J. GRASSET dès 1951. Afin de simplifier la terminologie, l'expression de "Potentialisation" a été conservée pour l'usage dans le Service.

C'est seulement au début de 1953 qu'ont pu être publiés les premiers résultats portant sur un nombre suffisant de cas.

Depuis lors, un très grand nombre de produits de la catégorie des Antispasmodiques, des Antihistaminiques, des Ganglioplégiques ou des Curarisants ont été essayés et le moment de leur administration précisé.

Afin de mieux préciser les effets pharmacodynamiques et physiologiques, ont été entrepris l'étude des tracés d'enregistrement mécanique de la contraction utérine, la mise au point dos appareils d'enregistrement des courants d'action du muscle utérin au cours du travail, ainsi que le jumelage des deux procédés mécanique et électriques. Ces méthodes d'enregistrement ont permis également de comparer les courbes obtenues par la méthode du Service et par les méthodes psychoprophylactiques dites à tort "Accouchement sans Douleurs". Une grande similitude des aspects d'inscription a pu ainsi être mise en évidence.

A la demande de notre Maître, nous avons entrepris de comparer les résultats actuels, obtenus pendant ces cinq dernières années avec ceux des deux premières.

Nous avons tenté ensuite de déterminer la cause des améliorations observées, la cherchant d'abord dans les variations d'un ou de plusieurs produits médicamenteux.

Nous nous sommes plus spécialement attaché aux effets de ce que nous appelons "Double Potentialisation", c'est-à-dire la répétition des doses au bout de deux heures, dont l'influence est apparue à notre Maître comme particulièrement bénéfique dans les cas d'accouchement à " circonstances obstétricales moins favorables" qui tendent à prolonger la durée habituelle du travail.

Nous étudierons donc successivement dans notre travail :

1 - Un exposé d'ensemble et une synthèse des notions essentielles concernant la méthode " d'Accouchement Physiologiquement Accéléré à Douleurs Atténuées.

2 - Une statistique comparée des résultats obtenus dans les deux premières années et dans ces cinq dernières années ainsi que les modifications successivement apportées à la méthode, modifications portant sur :

- les doses et les produits utilisés,
- la "Double Potentialisation",
- l'adjonction de la perfusion veineuse de "Post-Hypophyse".

3 - Une comparaison entre les résultats obtenus par la "Potentialisation" d'une part et la méthode dite "Psychoprophylactique" employée seule ou combinée avec la "Potentialisation" d'autre part.

o
o o

C H A P I T R E P R E M I E R

SYNTHESE DES NOTIONS ESSENTIELLES CONCERNANT LA METHODE

CHAPITRE PREMIER

SYNTHESE DES NOTIONS ESSENTIELLES CONCERNANT LA METHODE

Nous rappellerons les notions essentielles concernant la méthode de "l'Accouchement Psychologiquement Accéléré et à Douleurs Atténuées" mise au point par notre Maître en précisant particulièrement certains des points intéressant plus directement l'objet de notre travail.

A - IDEES DIRECTRICES QUI ONT INSPIRE LA MISE AU POINT DE LA METHODE

C'est une sorte de "déconnexion nerveuse" physiologique de l'utérus que notre Maître a voulu réaliser par l'emploi des ganglioplégiques et la suppression des synapses ganglionnaires.

a) J. GRASSET avec LEVY-SOLAL et SUREAU avaient eu, en effet, l'occasion de constater en 1936 que l'utérus gravide humain "isolé de l'organisme maternel était capable de se contracter spontanément". L'intensité de ces contractions spontanées aboutissait même à une ébauche d'expulsion du contenu de l'organe. Dans l'intervalle des contractions, le muscle conservait une hypotonie caractéristique.

La physiologie animale nous apprend d'ailleurs que l'innervation extrinsèque n'est nullement indispensable pour le maintien de l'activité de l'utérus gravide.

CANNON a constaté que les chiennes accouchent normalement après section du système sympathique utérin : l'organe, irrigué avec du sérum de LOCKE, conservait sa contractilité et sa sensibilité aux incitations médicamenteuses et hormonales pendant plusieurs heures, et cela malgré la "perfusion locale de certains paralysants tels que le Chloral et la Nicotine".

Les organes nerveux de commande de ces contractions autonomes sont situés non seulement dans la fibre musculaire elle-même, mais surtout dans ces formations neuro-ganglionnaires que KEIFFER et DURANTE ont eu le mérite d'individualiser au niveau du myomètre, surtout dans la région isthmique.

Les travaux récents d'ISIDOR notamment, et de MASSON, ont confirmé l'existence et précisé l'anatomie de ces éléments nerveux autonomes.

b) GAUTHIER, Collaborateur du Professeur agrégé J. GRASSET, a signalé dans sa thèse (1953) que les parturientes atteintes de paraplégie ou de destruction médullaire accouchent normalement. La contraction utérine conserve dans ce cas son efficacité et son intégrité. Du point de vue sensibilité, certains auteurs ont noté seulement la persistance des douleurs lombaires sans observer de sensibilité abdominale.

c) Il n'était donc pas illogique de supposer a priori que certaines réactions hypertoniques du muscle utérin, au cours de l'accouchement, pouvaient en grande partie provenir d'une intervention réactionnelle du système neuro-végétatif maternel. Il était dès lors, intéressant de diminuer l'importance de ces réactions par un procédé capable d'agir physiologiquement sur les principales connexions extrinsèques de l'utérus.

d) LABORIT en 1950 avait été le premier à utiliser les ganglioplégiques et les curarisants dans le but de "potentialiser" les effets de certaines médications, au cours de l'anesthésie notamment.

Il eut l'idée d'essayer l'action de ces divers produits sur le muscle utérin au cours du travail. Il avait notamment étudié l'action du 3.277 RP (1), du 2.987 RP (2), du Bromure de tetra-éthyl ammonium et du 2.559 F (3).

Cependant, utilisés séparément, il avait conclu qu' "aucun de ces produits n'apportait d'éléments indispensables ou nécessaires à la période de dilatation".

Le Professeur agrégé J. GRASSET a voulu se rendre compte de l'action synergique de la plupart de ces produits en les associant ensemble et en les administrant à des périodes bien déterminées du travail.

---

(1) commercialisé sous le nom de PHÉNERGAN
(2) commercialisé sous le nom de DIPARCOL
(3) commercialisé sous le nom de FLAXÉDIL

B - LES DIVERS PRODUITS QUI ONT ETE UTILISES DANS SES EXPERIENCES

a) UN ANTISPASMODIQUE -

Le Bis-phényl-3-propyl éthylamine (1) (Spasmavérine). C'est un spasmolytique de synthèse à action musculotrope directe qui appartient au groupe des amines tertiaires de la série aromatique. Son efficacité est triple de la papavérine. Sa toxicité est très minime, car il ne contient aucun dérivé opiacé.

b) UN ANTIHISTAMINIQUE DE SYNTHESE -

Le 3277 RP (Phenergan) est un dérivé de la thiophénylamine. Il possède un net pouvoir antihistaminique s'opposant notamment aux perturbations hémodynamiques et aux troubles de la perméabilité capillaire. Il atténue donc considérablement les effets du 2987 RP qui avait paru à LABORIT favoriser les oedèmes du col. Il possède un net pouvoir synaptolytique avant tout d'action centrale et par surcroît une action hypnotique et analgésique importante.

c) DES PARALYSANTS NICOTINIQUES -

1 - Le 2987 RP ou Diparcol, dérivé de la thiophénylamine a surtout une action synaptolytique périphérique sur l'ensemble des relais ganglionnaires.

Après son injection, l'excitation du vague n'entraîne ni bradycardie, ni hypotension, et les réflexes vaso-presseurs d'origine carotidienne sont supprimés. Il faut cependant noter que cette action adrénolytique comme l'action vago-

(1) commercialisé sous le nom de SPASMAVERINE

lytique est incomplète aux doses habituelles. C'est essentiellement un anti-convulsivant efficace : il déprime fortement le tonus utérin.

2 - Le bromure de tetra ethyl ammonium (1). C'est un synaptolytique puissant d'action exclusivement périphérique. En effet, il bloque au niveau des ganglions sympathiques ou parasympathiques toute incitation venue de la moëlle ou des centres encéphaliques.

Cette action s'exerçant au niveau du relais ganglionnaire n'empêche, ni ne modifie l'effet de l'injection d'adrénaline ou de l'acétyl-choline. Le bromure de tetra-éthyl-ammonium est aussi doué de propriétés régulatrices du système neuro-végétatif.

d) Parmi les CURARISANTS, nous avons choisi :

Le 2697 RP ou le 2559 F (Flaxédil).

Il a été retenu en raison de sa forte activité qui est celle d'un ortho-curare et en raison de sa toxicité moindre : il n'entraîne ni effet histaminique, ni dépression cardiovasculaire. Il possède, comme les précédents produits, une action nicotinique paralysante sur les synapses ganglionnaires, mais entraîne surtout une paralysie de la fibre striée abaissant à la fois le tonus et la contraction réflexe. Son administration est particulièrement facile et sans danger, car l'action potentialisatrice des médications précédentes et antérieurement administrées permet d'obtenir avec des doses minimes un effet curarisant sur le relâchement musculaire sans risque de broncho-spasme.

---

(1) Commercialisé sous le nom de TETRANIUM.

C - TECHNIQUES UTILISEES AU COURS DE L ' EXPERIMENTATION

Le Professeur agrégé J. GRASSET a utilisé la méthode suivante qui est le fruit de son expérience et qui lui a donné les meilleurs résultats.

1 - A dilatation 2 francs, les contractions étant bien rythmées, on pratique une injection sous-cutanée d'un mélange de :

- 2 cc de 3277 RP à 0,05 g. et de
- 2 cc de spasmavérine à 0,04 g.

2 - Un quart d'heure plus tard, on injecte par voie intramusculaire et séparément :

- 5 cc de bromure de tetra-éthyl ammonium à 0,50 g.
- 5 cc de 2987 RP à 0,25 g.

3 - A dilatation complète, on injecte par voie intramusculaire :

- 2 cc de 2559 F à 0,40 g.

D - LES RESULTATS OBTENUS

Ils portent aujourd'hui sur plusieurs milliers d'accouchements conduits selon cette méthode, mais nous n'aurons en vue ici que les tout premiers résultats qui ont fait l'objet des publications initiales de notre Maître.

Nous avons vu que les premières injections médicamenteuses ne sont administrées qu'à la dilatation de 2 F., car à ce moment le travail est nettement déclenché et ne risque plus guère d'être ralenti ou même arrêté par des injections d'antispamosdiques trop précocement instituées.

C'est donc la dilatation de 2 F. qui marquera le point de départ de l'évaluation de la durée de dilatation.

I - DILATATION.

a - Durée moyenne de la dilatation de 2 Francs à complète -

En tenant compte du caractère général des conditions obstétricales, notre Maître a séparé en deux groupes 750 observations de présentation du sommet.

1) Conditions obstétricales normales.

Le premier groupe comprend les accouchements déroulés dans les "conditions obstétricales normales" (377 cas).

La durée moyenne du travail a été de :

2 h. 28' chez les primipares (sur 138 accouchements)
1 h. 39' chez les multipares (sur 239 accouchements).

Il a comparé ces chiffres avec ceux que lui donne une série témoin de conditions obstétricales analogues, suivie par le même personnel et de la même manière, mais n'ayant pas été soumise à la potentialisation. Dans cette série, la durée moyenne de la dilatation de 2 Frs à complète a été de :

5 h. 43' chez les primipares (au lieu de 2 h. 28')
3 h. chez les multipares (au lieu de 1 h. 39').

Une analyse de ces résultats selon la variété de position de la présentation indique :

- dans les 360 cas où il s'agissait "d'occipito-antérieures" :

  • chez la primipare :

    = 2 h. 16' (moyenne de 53 cas) chez la parturiente potentialisée au lieu de 5 h. 15' chez la parturiente non potentialisée.

  • chez la multipare :

    = 1 h. 36' (moyenne de 120 cas) chez la parturiente potentialisée au lieu de 2 h. 55' dans la série témoin.

- dans les 390 cas où la variété de position était "occipito-postérieure" :

  • chez la primipare :

    = 2 h. 35' (moyenne sur 85 cas) chez la parturiente potentialisée, au lieu de 6 h. 05' dans la série non potentialisée.

  • chez la multipare :

    = 1 h. 42' (moyenne sur 119 cas) chez les femmes potentialisées, au lieu de 3 h. 09' dans la série non potentialisée.

2) Conditions obstétricales spéciales.

Le deuxième groupe comprend les accouchements déroulés dans des "conditions obstétricales un peu spéciales", anormales ou dystociques.

Les résultats ont été les suivants :

- Pour les 134 primipares, la durée moyenne de dilatation a été de 4 h. 20'

- Pour les 168 multipares, elle fut de . . . . . 2 h. 49'.

Si l'on tient compte de la variété de position, la durée moyenne de dilatation de 2 Frs a été de :

- Pour les "occipito-antérieures"

= chez la primipare : 3 h. 41' (moyenne sur 68 cas)
= chez la multipare : 1 h. 54' (moyenne sur 81 cas)

- Pour les "occipito-postérieures" :

= chez la primipare : 4 h. 42' (moyenne sur 66 cas)
= chez la multipare : 3 h. 24' (moyenne sur 87 cas)

Dans cette série de "conditions obstétricales spéciales", le Professeur agrégé J. GRASSET n'a pu établir une moyenne générale d'une série de témoins non potentialisés, étant donné l'impossibilité de réunir des cas comparables dans des proportions identiques.

Toutefois il paraît suffisant, pour tirer une conclusion, de constater que, d'ores et déjà, la durée de la dilatation après potentialisation de ces cas les moins favorables est encore nettement inférieures à la durée moyenne de la dilatation chez les femmes à conditions normales non potentialisées.

En résumé, l'étude des 387 cas de présentation du sommet permet de conclure, en moyenne, à un raccourcissement de deux heures de la période de dilatation. Ce gain de temps est encore plus important chez la primipare.

PRESENTATION		PARITE ET NOMBRE DES CAS TRAITES	CONDITIONS OBSTETRICALES NORMALES		CONDITIONS OBSTETRICALES MOINS FAVORABLES	MOYENNE DES CAS TRAITES
			Cas traités	Série témoin non traitée	Cas traités	
STATISTIQUES GLOBALES	Sommet	Primipares : 293	2 h. 28' : 138	5 h. 43' : 21	4 h. 20' : 134	3 h. 23' : 272
		Multipares : 457	1 h. 39' : 239	3 h. : 50	2 h. 49' : 168	2 h. 08' : 407
		TOTAL ... 750	1 h. 57' : 377	4 h. 46' : 71	3 h. 29' : 302	2 h. 37' : 679
STATISTIQUES DETAILLEES	Occipito-anter.	Primipares : 130	2 h. 16' : 53	5 h. 15' : 9	3 h. 41' : 68	3 h. 03' : 121
		Multipares : 230	1 h. 36' : 120	2 h. 55' : 29	1 h. 54' : 81	1 h. 43' : 201
		TOTAL ... 360	1 h. 48' : 173	3 h. 02' : 38	2 h. 42' : 149	2 h. 12' : 322
	Occipito-postér.	Primipares : 163	2 h. 35' : 85	6 h. 05' : 12	4 h. 42' : 66	3 h. 30' : 151
		Multipares : 227	1 h. 42' : 119	3 h. 09' : 21	3 h. 24' : 87	2 h. 25' : 206
		TOTAL ... 390	2 h. 04' : 204	4 h. 43' : 33	3 h. 57' : 153	2 h. 52' : 357

II - ALLURE GENERALE DU TRAVAIL -

Elle est caractérisée par la REGULARITE plus nette de la contraction utérine dont la fréquence est bien rythmée, la durée sensiblement normale ou un peu allongée.

On est surtout constamment frappé par l'excellente qualité du RELACHEMENT DU MUSCLE UTERIN, manifestée au palper par une diminution très nette de la tonicité intercalaire. Même dans les cas de "circonstances obstétricales défavorables", la réaction du muscle utérin contre un obstacle opposé à son action (bassin limite, altération du pôle inférieur de l'oeuf, présentation imparfaitement accommodées) est restée très modérée, et il n'a eu que très rarement à observer la diminution habituelle dans ces circonstances du relâchement utérin entre les contractions. Cette action SYNAPTOLYTIQUE s'est montrée réelle dans la plupart des cas où les antispasmodiques employés seuls avaient échoué.

La plus grande efficacité de la contraction utérine explique la progression habituellement accélérée de la dilatation. Le col reste d'une absolue souplesse. La poche des eaux demeure, dans la majorité des cas, intacte jusqu'à dilatation complète, traduisant le relâchement du segment inférieur.

Ce "bon relâchement du muscle utérin" est d'ailleurs prouvé par les enregistrements mécanique et électriques qu'on verra plus loin.

III - EFFET ANALGESIANT -

L'effet analgésiant a été le plus souvent très net. La femme semble n'avoir habituellement perçu qu'une sensation douloureuse d'intensité restreinte : elle est restée ordinairement très calme ; une certaine somnolence a été fréquemment observée.

Cependant, le Professeur agrégé J. GRASSET avait essayé, dans un certain nombre de cas, de diminuer encore la douleur du travail par l'administration d'un analgésique complémentaire. Il s'était adressé initialement au chlorure de méthylène et au trichloréthylène. Il était à remarquer que des doses très réduites du produit, 6 cc ou 7 cc en moyenne, avaient permis d'obtenir une analgésie très satisfaisante au cours de tout un accouchement. Ce fait trouve explication dans l'action particulièrement efficace des "potentialisateurs".

Mais, bien souvent, la femme elle-même ne réclamait aucun analgésique, étant donné le caractère rapide et peu pénible de la marche du travail. Aussi leur adjonction a été abandonnée depuis très longtemps.

IV - AUCUNE INTOLERANCE n'a été notée et les produits utilisés ont toujours été parfaitement bien tolérés aux doses employées par notre Maître.

La méthode s'est montrée d'une innocuité parfaite, tant vis-à-vis de la mère que de l'enfant.

V - L'EXPULSION -

a) La durée moyenne de l'expulsion.

Chez les primipares, elle a été, suivant les conditions obstétricales, de:
= 32 minutes pour les O I G A
= 36 minutes pour les variétés de positions postérieures.

Cette expulsion, parfois abrégée dans sa durée, est facilitée par un remarquable relachement périnéal (action des curarisants). Monsieur J.GRASSET a même observé deux dégagements en gauche transverse et un en occipito-sacrée, sans lésion du périnée, d'enfants de 3000 g chez des primipares.

b) Le nombre des extractions par forceps est très faible : 14 %. Il s'agissait, dans la majorité des cas, d'enfants dont la présentation était restée imparfaitement accommodée.

c) L'état des enfants à la naissance se montre des plus satisfaisants, même dans les cas de prématurés. Ils n'ont guère souffert de l'allure souvent très rapide du travail, étant donné le relâchement excellent du muscle utérin entre les contractions, permettant une bonne oxygénation du foetus.

La réanimation n'a été nécessaire que très exceptionnellement, elle a été facilement et rapidement réalisée. La morbidité a été insignifiante et la mortalité nulle.

Il est à signaler que le Professeur Agrégé J. GRASSET a toujours associé au cours du travail une oxygénation maternelle convenablement dosée.

E - SYNTHESE DES TRAVAUX CONCERNANT LES ENREGISTREMENTS MECANIQUE ET ELECTRIQUES DE LA CONTRACTION UTERINE

Depuis plusieurs années notre Maître le Professeur agrégé J. GRASSET a mis au point et utilisé des procédés d'enregistrements graphiques de la contraction utérine pour préciser l'action de chacun de ces médicaments devant entrer dans la composition du cocktail "potentialisateur".

Ces dernières années, il a tenté, par l'étude des courants d'action du muscle utérin, d'obtenir un complément fort utile de renseignements.

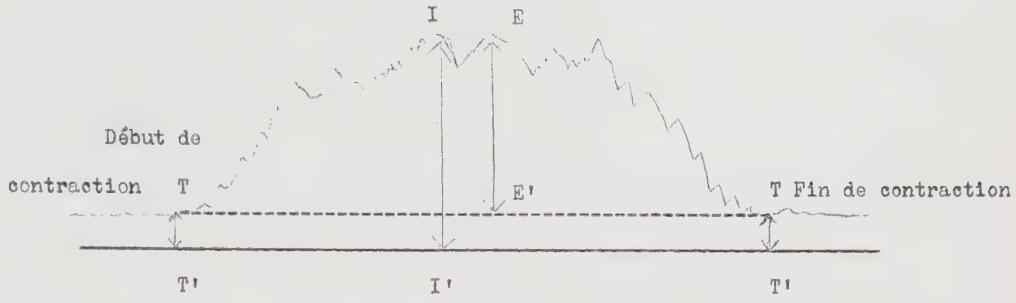
Dans cette dernière partie du chapitre, nous synthétiserons rapidement les procédés d'exploration employés et les conclusions principales auxquels ont abouti les travaux de notre Maître.

I - LES ENREGISTREMENTS MECANIQUES DE LA CONTRACTION UTERINE -

a) Appareil utilisé.

J. GRASSET avec LEVY-SOLAL et SUREAU avaient mis au point en 1936, le "TOCETOGRAPHE", appareil qui a permis de mettre en évidence l'importance de l'appréciation du relâchement musculaire au moment de la période intercontractile et l'intérêt de la valeur du tonus de base du muscle utérin (photo de l'appareil enregistreur de la contraction utérine, page 22).

b) Enregistrement graphique de la contraction utérine dans un accouchement normal sans "potentialisation" (Fig. I).



- Fig. I -

Courbe tocétographique de la contraction utérine au cours du travail
(Accouchement normal, schématique)

TT' = la hauteur de la ligne de départ évaluant le tonus de base
II' = l'intensité de la contraction
EE' = l'efficacité réelle

1- A la période intercalaire entre les contractions le tracé permet d'évaluer le tonus de base. "Ce tonus représente, comme pour tout muscle de l'économie, un état de tension intermédiaire entre l'activité et la passivité, essentiellement réglé par réflexe médullaire. En ce qui concerne le muscle utérin, muscle creux à contenu particulièrement variable, susceptible d'être mis passivement en état de tension plus ou moins permanente par une pression intra-ovulaire variable, le tonus réflexe tend à devenir une réaction plus active. Ses variations ne sont plus seulement d'origine médullaire mais aussi locale du fait de l'innervation autonome." (*)

(*) Syndromes pathologiques de la gravidopuerpéralité.

2- La contraction utérine elle-même engendre une élévation du stylet inscripteur sur la ligne de base et la hauteur la plus grande de la flèche marque la valeur de l'intensité maxima de la contraction.

L'efficacité réelle de la contraction utérine est évaluée par la différence de hauteur des flèches traduisant respectivement l'intensité masima et le tonus de base. Elle est d'autant plus grande que le tonus de base est plus bas.

3- Les variations du tonus sont fonction des réactions opposées au muscle utérin.

Si la ligne de base est abaissée à la fin de la contraction elle traduit un bon relâchement et, par conséquent, une bonne qualité du travail.

A l'inverse, les élévations du tonus à la fin de la contraction, marquées uniquement par la diminution du relâchement, traduisent un dysfonctionnement de la contraction utérine. Celui-ci est dû en grande partie aux réactions réflexes médullaires ou corticales hors de proportions avec les causes mécaniques qui ont pu le déclencher.

c) Enregistrement graphique de la contraction utérine après la "Potentialisation" (Fig. II)

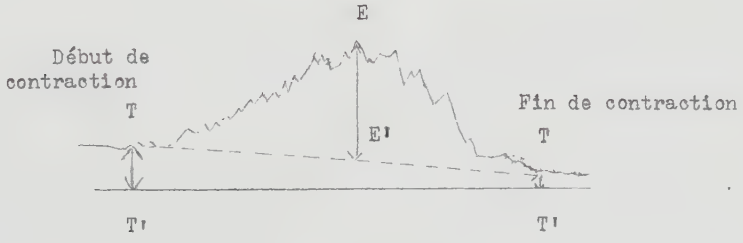


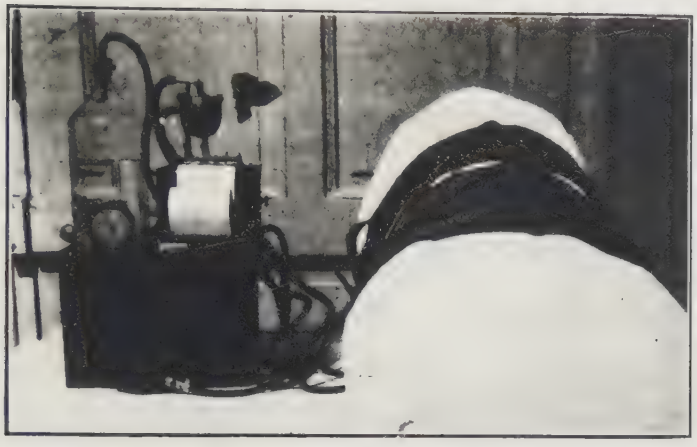
Fig. II

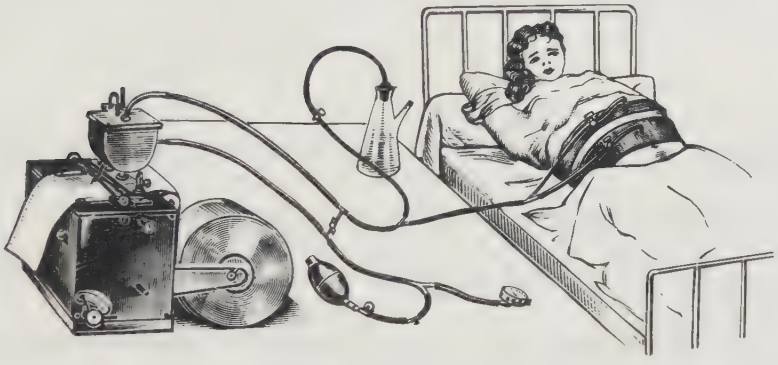
Après l'administration du "Cocktail Potentialisateur", la qualité de la contraction utérine a été ainsi améliorée comme le montre la courbe tocétographique ; on peut ici noter l'abaissement net du "tonus"de base à la fin de la contraction et la conservation de la hauteur maxima même de la flèche EE'.

Cette action bénéfique a été observée même au cours des "circonstances obstétricales défavorables". Malgré la persistance de l'obstacle opposé à l'action du muscle utérin, les modalités réactionnelles de la dynamique sont restées très modérées.

En cas "d'épreuve du travail", ce fait a été souvent précieux pour mieux juger de la possibilité d'accouchement par voie basse.

De même, au cours d'une présentation du "front", la qualité de la contraction utérine s'est montrée telle qu'une évolution par les voies naturelles se termina par un forceps facile.





Appareil enregistreur de la contraction utérine ou « tocétographe ». — Pour analyser le travail contractile de l'utérus, nous nous sommes appuyés sur les principes suivants :

— étendre au maximum la surface d'exploration;

— dissocier le phénomène principal des phénomènes accessoires par le déroulement rapide d'une bande d'inscription, la contraction utérine étant d'allure lente, alors que les autres mouvements sont tous d'allure rapide;

— inscrire les phénomènes sur une bande de longueur pratiquement illimitée (film complet du travail).

L'appareil qui répond à ces principes se compose essentiellement d'une large poche pneumatique, d'une capsule oscillographique, d'un polygraphe. La poche pneumatique, maintenue par une sangle inextensible, est insufflée sous une pression déterminée. Elle est reliée à la capsule oscillographique qui, munie d'une plume, inscrit les déplacements sur une bande d'inscription entraînée par un mouvement d'horlogerie à vitesse réglable. Un chronographe inscrit le temps en secondes.

II - ENREGISTREMENT DES PHENOMENES ELECTRIQUES AU NIVEAU DU MUSCLE UTERIN -

1°- L'appareillage utilisé au début des recherches de notre Maître, en collaboration avec PIGEON et BILWEISS, employait les amplificateurs de type symétrique à liaison capacité résistance permettant d'étudier les variations de potentiel en des points multiples par rapport à un point stable et unique. Ce point stable et unique était constitué par une électrode fixée sur la cuisse gauche de la femme et reliée à la masse d'amplificateur. L'électrode active était appliquée sur la paroi abdominale au niveau des régions utérines à étudier et reliée aux bornes d'amplificateur par deux câbles électriques, sur l'un des deux étant intercalé un condensateur (Montages A et B de la figure IV).

Elle donnait à étudier des courbes d'aspect sinusoïdal qui, fait essentiel, dans les minutes qui suivaient l'administration du "cocktail potentialisateur" prenait l'aspect d'un tracé rectiligne sans qu'aucune modification n'ait été apportée à l'appareillage en cours d'expérience. Un aspect analogue a pu être observé sur les enregistrements pratiqués chez l'animal et notamment la Lapine et le Singe (Magot d'Algérie). Il a été précisé que cet aspect isoélectrique pouvait être observé même après Potentialisation chez l'animal ayant antérieurement subi une injection d'ocytocine.

2°- Ultérieurement notre Maître en collaboration avec Robert SARFATI, utilisant un montage bipolaire différentiel (fig. IV - C) réunissant deux des montages précédents (A et B de la fig. IV) fixés sur la paroi abdominale au niveau des deux cornes utérines, mit en évidence l'existence d'une courbe

sinusoïdale au cours de la contraction utérine. Sous l'influence des médications "potentialisatrices" les courbes sinusoïdales A et B prenaient l'aspect isoélectrique précédemment décrit. La courbe C voyait également disparaître l'aspect ondulatoire dans l'intervalle des contractions mais reprenait un aspect sinusoïdal régulier pendant toute la durée de contraction.

3°- Afin de mieux pénétrer la signification et l'interprétation de ces phénomènes, notre Maître eut l'idée de jumeler les deux enregistrements mécanique et électriques ; la simultanéité chronologique permettait grâce à une meilleure connaissance des mécanogrammes d'éclairer quelque peu l'interprétation des tracés électriques.

Avec Robert SARFATI, notre Maître réalisait ainsi un nouvel appareil jumelant avec le tocétographe l'appareillage électrique composé de 3 chaînes : deux chaînes électriques unipolaires (A et B) enregistrant les phénomènes au niveau d'une corne par rapport à un point neutre (montage initial), une chaîne électrique bipolaire différentielle (C) objectivant la différence de potentiel existant entre les cornes utérines et toujours par rapport au même point neutre, selon les montages précédemment décrits (fig. IV).

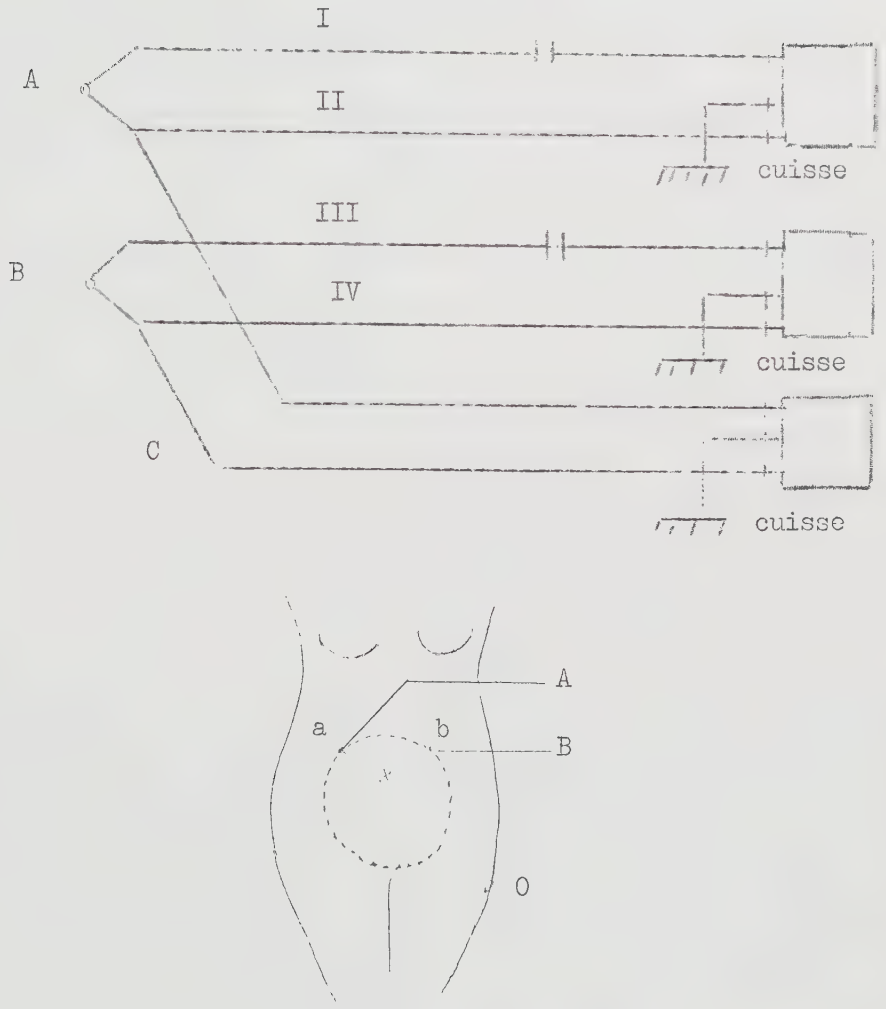


Fig. IV

Aspect schématique de l'appareil-
lage et du montage

4°- Les Résultats obtenus ont été les suivants :

a - Dans des conditions obstétricales normales, les tracés réalisés chez les parturientes non potentialisées ont revêtu plusieurs types :

TYPE I - On observe un aspect sinusoïdal des courbes A, B et C pendant la contraction et une ligne isoélectrique entre les contractions.

Parallèlement sur le mécanogramme le tonus de base revient à son point de départ en fin de contraction (Fig. V).

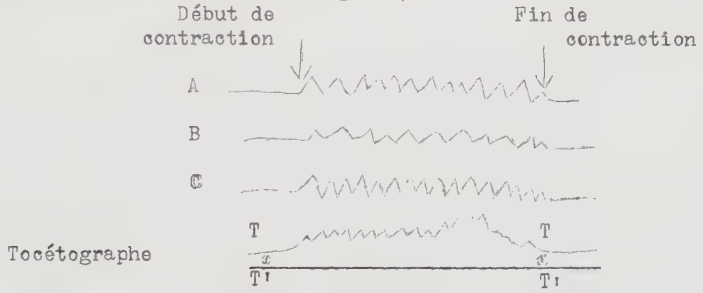


Fig. V

TYPE II (Fig. VI) - Les courbes A, B, C, ont un aspect irrégulier, deviennent anarchiques et chaotiques au moment des contractions et répondant à un travail laborieux, correspondant à une hypertonie traduite sur la courbe dynamique par un niveau élevé de tonus de base et une efficacité minime de la contraction.

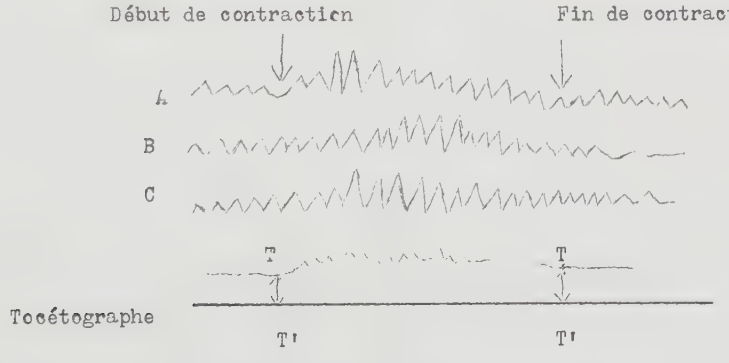


Fig. VI

TYPE III (Fig. VII) - On a un tracé isoélectrique sur les courbes A, B et C. C'est le véritable tracé de repos électrique permanent, correspondant à l'inertie utérine. Sur le mécanogramme, le tracé est pratiquement rectiligne à tonus très bas.

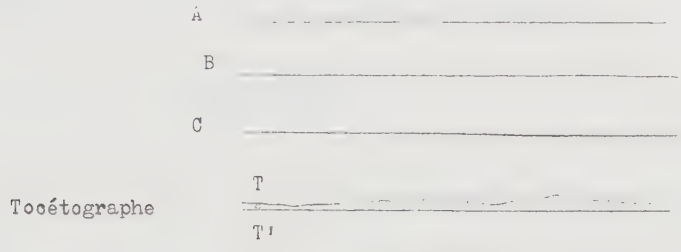


Fig. VII

TYPE IV (Fig. VIII) - A l'inverse l'inertie utérine par hypertonie permanente s'est traduite également par une ligne pratiquement rectiligne, très faiblement soulevée par les évolutions d'inscripteurs au cours des contractions, mais, fait essentiel, le tonus de base sur le mécanogramme apparaît très élevé en permanence. Ces états correspondent au syndrome particulièrement douloureux avec absence de relâchement intercalaire traduisant l'hypertonie permanente avec insuffisance d'efficacité de la dynamique utérine.

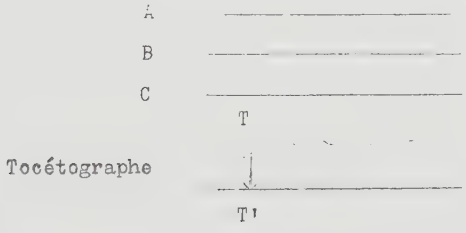


Fig. VIII

b - Après potentialisation,

On obtient un aspect caractéristique qui, à vrai dire, peut s'observer aussi sans médication mais dans des cas tout à fait exceptionnels et où cliniquement la qualité de la dynamique utérine se montre parfaite.

L'allure est la suivante :

Les courbes A et B s'aplatissent et deviennent isoélectriques. La courbe " C " est isoélectrique seulement entre les contractions. Elle reprend son aspect sinusoïdal pendant les contractions. Cet aspect s'accompagne d'un relâchement musculaire complet et parfait entre les contractions. A cette période on observe chez la parturiente un demi-sommeil.

Un phénomène peut paraître paradoxal, la persistance du courant d'action pendant la contraction au niveau de la chaîne C différentielle alors que l'aspect de A et B est isoélectrique. En réalité l'aspect rectiligne de A et B traduit l'absence de phénomènes électriques au-dessus du seuil d'enregistrement, par contre, la chaîne C, expression de la différence de potentiel entre les deux cornes capte toutes les variations sans seuil. C'est donc à son niveau que la déconnexion peut être appréciée.

En effet, l'onde électrique aura une progression harmonieuse au cours de la contraction avec des différences de potentiel enregistrables entre deux points; par contre, la mise en tension du muscle (tension électrique) qui apparaît globale dans la période intercontractile, se traduit par une différence

de potentiel nulle entre les deux points étudiés, d'où graphiquement la ligne isoélectrique est obtenue (Fig. IX).

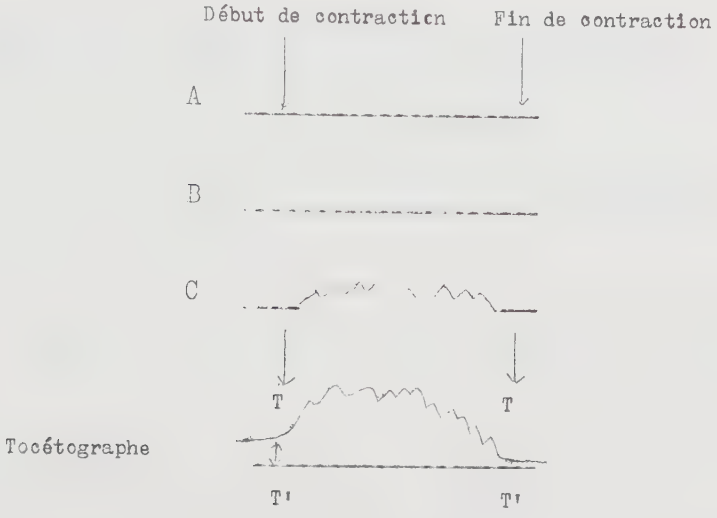


Fig. IX

F - C O N C L U S I O N -

A la lumière d'une expérience clinique et physiologique portant aujourd'hui sur plusieurs milliers de cas, cette méthode, qui utilise des antihistaminiques, des potentialisateurs et des antispasmodiques, paraît devoir être intéressante et pleine d'avenir.

1°- Elle raccourcit notablement la durée des divers temps de l'accouchement :

a) la dilatation est grandement accélérée,

b) l'expulsion est généralement facilitée et abrégée. Ce fait est dû à l'action particulièrement favorable sur la qualité de la contraction utérine des produits utilisés, en raison de l'abaissement du tonus utérin qu'ils entretiennent;

2°- Les médications qu'elle utilise sont toujours restées inoffensives tant pour le foetus que pour la mère ;

3°- Elle diminue notablement les douleurs de l'accouchement, non seulement en atténuant dans une certaine mesure l'intensité de la souffrance, mais surtout en écourtant sa durée;

4°- Elle facilite considérablement les interventions obstétricales par voie basse dont elle n'accroît pas le nombre;

5°- Elle est d'une particulière utilité au cours des interventions chirurgicales abdominales, car elle facilite l'anesthésie en permettant de diminuer la dose des produits utilisés. Elle diminue les réactions post-opératoires.

Le terme de "Potentialisation" est conservé pour caractériser cette nouvelle méthode d'utilisation des produits jusqu'ici employés en pratique chirurgicale dans le but d'augmenter la puissance d'action des anesthésiques.

C'est bien aussi une augmentation d'efficacité qui est obtenue, mais celle-ci porte sur la qualité de la contraction utérine grâce à l'action inhibitrice des ganglioplégiques sur les connexions de l'utérus parturient avec les centres nerveux maternels.

Afin, cependant, de traduire la même action par un terme qui soit plus adapté à l'Obstétrique, M. le Professeur agrégé J. GRASSET a préféré le qualificatif de " ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUEMENT ACCELERE A DOULEURS ATTENUEES ".

Au total, cette méthode :

- d'exécution facile,

- réellement efficace,

- et inoffensive si l'on s'en tient à la technique que notre Maître a employée, apparaît comme une méthode physiologique qui, en pratique obstétricale, n'a cessé, depuis dix ans, de donner entière satisfaction à son promoteur.

o
o o

C H A P I T R E II

C H A P I T R E II

Les notions que nous venons de résumer dans le chapitre précédent synthétisant les travaux auxquels nous n'avons pas participé, étaient cependant nécessaires à connaître car elles constituent la base des recherches personnelles qui nous ont été confiées.

Un premier groupe de recherches, objet de ce chapitre, concerne :

- Une étude comparative des résultats initiaux que nous venons d'exposer avec ceux qui ont été observés ces cinq dernières années.

- La recherche des causes de l'amélioration des résultats constatés:

-soit par la modification des principaux composants du "cocktail potentialisateur",

-soit par la modification technique de la méthode "Double Potentialisation",

-soit par l'association avec d'autres procédés tels que la perfusion de "Post-Hypophyse".

A - ETUDE COMPARATIVE DES RESULTATS ANCIENS ET NOUVEAUX -

I - LES RESULTATS RECENTS -

Nous avons collationné une série de 4.000 cas obstétricaux portant uniquement sur les présentations du sommet, sur les années 1957, 1958, 1959, 1960, 1961.

Pour la commodité du travail, un diagramme comportant les éléments essentiels du travail pendant toute la durée de l'accouchement a été établi :

NOM :	Prénoms :	AGE :	PARITE :
Heure :			

U T E R U S	Durée en secondes							
	Fréquence par heure							
	Intensité							
	Relâchement							
Membranes	Heures de rupture							
	Liquide							
Température								
C O L	Ouverture							
	Consistance							
Foetus	B.D.C.							
	Position							
	Engagement							
Expulsion	Début							
	Fin							
Délivrance								
Thérapeutique								

NOM : Prénoms : AGE : PARITE :
TERME . . . . . .
RUPTURE DES MEMBRANES . . . . . .
LIQUIDE . . . . . .
A LA DILATATION DE . . . . . .
DUREE DU TRAVAIL JUSQU'A L'EPREUVE . . . . . .
DUREE DU TRAVAIL DE 2 F. A COMPLETE . . . . .
DUREE DE L'EXPULSION . . . . . .

Les résultats que nous avons obtenus sont résumés dans le tableau ci-annexé :

1°) Le premier groupe concerne les femmes qui présentaient "des conditions obstétricales en apparence normales" (3.300 cas).

La durée moyenne de la dilatation a été de :

- 2 heures chez les primipares (1300 accouchements)

- 1 h.22' 33" chez les multipares (2000 accouchements)

Une analyse de ces résultats selon la variété de présentation indique :

= Dans 1900 cas où il s'agissait

"d'occipito-antérieures" :

chez la primipare : 2 h. 2' (moyenne des 800 cas chez la parturiente potentialisée au lieu de 5 h. 15' (9 cas) chez la parturiente non potentialisée;

chez la multipare : 1 h. 18' 33" (moyenne de 1100 cas) chez la parturiente potentialisée au lieu de 2 h. 55' (29 cas) dans la série témoin.

= Dans 1400 cas où la variété de position était :

"Occipito-postérieures" :

chez la primipare : 1 h. 56' 39" (500 cas) au lieu de 6 h. 5' chez la femme de la série témoin;

chez la multipare : 1 h. 26' 36" (900 cas) chez les potentialisées alors qua dans la série témoin nous avons : 3 h. 9'.

2°) Dans un deuxième groupe sont réunis des cas qui présentent des "conditions obstétricales un peu spéciales, moins favorables", tels que :

- la variété "occipito postérieure" mal fléchie,
- la mauvaise accommodation de la tête foetale,
- l'insuffisance primitive des contractions utérines,
- anomalie du pôle inférieur, etc...

Nos observations portent sur 700 cas.

La durée moyenne de dilatation est de :

- 3 h. 50' (500 cas) pour la primipare,

- 2 h. (200 cas) pour la multipare.

Si nous tenons compte de la variété de position, la durée moyenne de dilatation de 2 f. à complète a été de :

- Pour les "occipito-antérieures"

= chez la primipare : 3 h. 38' (220 cas)
= chez la multipare : 1 h. 54' (90 cas)

- Pour les "occipito-postérieures"

= chez la primipare : 4h. 1' (280 cas)
= chez la multipare : 3h. 24' (110 cas)

TABLEAU DES RESULTATS ACTUELS

		PARITE ET NOMBRE DES CAS	CONDITIONS OBSTETRICALES NORMALES		CONDITIONS OBSTETRICALES MOINS FAVORABLES	MOYENNE DES CAS TRAITES
			Cas traités	Série témoin non traitée	Cas traités	
STATISTIQUES GLOBALES	Sommet	Primipares : 1821	2h. : 1300	5h. 43' : 21	3h. 50' : 500	2h. 49' : 1800
		Multipares : 2250	1h.22'33" : 2000	3h. : 50	2h. : 200	1h. 41' : 2200
		TOTAL.... 4071	1h.41' : 3300	4h. 46' : 71	2h. 49' : 700	2h. 15' : 4000
STATISTIQUES DETAILLEES	Occipito-antér.	Primipares : 1029	2h.02' : 800	5h. 15' : 9	3h. 38' : 220	2h. : 1020
		Multipares : 1219	1h.18'33" : 1100	2h. 55' : 29	1h. 54' : 90	1h. 36' : 1190
		TOTAL.... 2248	1h.40' : 1900	3h. 02' : 38	2h. 06' : 310	1h. 43' : 2210
	Occipito-postér.	Primipares : 792	1h.56'39" : 500	6h. 05' : 12	4h. 01' : 280	2h. 58' : 780
		Multipares : 1031	1h.26'36" : 900	3h. 09' : 21	3h. 24' : 110	2h. 25' : 1010
		TOTAL.... 1823	1h.41' : 1400	4h. 43' : 33	3h. 42' : 390	2h. 01' : 1790

II - COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LES PREMIERES STATISTIQUES -

Les résultats sont groupés dans un tableau d'ensemble pour une meilleure objectivation.

Nous constatons que :

a) Dans des "conditions obstétricales normales", la durée de la dilatation de 2 F. à complète est de :

= chez la primipare : 2 h. au lieu de 2 h. 28'

= chez la multipare : 1 h. 22' 33" au lieu de 1 h. 39'

Si nous tenons compte de la variété de position, les résultats sont :

1- pour la variété "occipito-antérieures" :

= chez la primipare : 2 h. 08' au lieu de 2 h. 16'

= chez la multipare : 1 h. 18' 33" au lieu de 1 h. 36'

2- pour la variété "occipito-postérieures"

= chez la primipare : 1 h. 56' 39" au lieu de 2 h. 35'

= chez la multipare : 1 h. 26' 36" au lieu de 1 h. 42'

b) Dans des "conditions obstétricales moins favorables" la durée de dilatation de 2 F. à complète est de :

= chez la primipare : 3 h. 50' au lieu de 4 h. 20'

= chez la multipare : 2 h. au lieu de 2 h. 49'

Une analyse de ces résultats selon la variété de position de la présentation indique :

1 - pour les "occipito-antérieures"

= chez la primipare : 3 h. 38' au lieu de 3 h. 41'
= chez la multipare : même temps 1 h. 54'

2 - pour les "occipito-postérieures"

= chez la primipare : 4 h. 01' au lieu de 4 h. 42'
= chez la multipare : même temps 3 h. 24'

En conclusion, les gains obtenus ces dernières années en ce qui concerne la durée de la dilatation et la rapidité du "travail" paraissent très importants, notamment pour les cas présentant les "conditions obstétricales moins favorables".

Nous essayerons de déterminer les causes de cette amélioration.

-TABLEAU COMPARATIF-

PRESENTATIONS		Parité et nombre des cas étudiés	CONDITIONS OBSTETRICALES NORMALES			CONDITIONS OBSTETRICALES MOINS FAVORABLES		MOYENNE DES CAS TRAITES	
			Cas traités Anc. rés.	Nouv. rés.	Série témoin non traitée	Cas traités Anc. rés.	Nouv.rés.	Anc. rés.	Nouv. rés.
STATISTIQUE GLOBALE	SOMMET	PRIMIPARES	2h. 28'	2h.	5h. 43'	4h. 20'	3h. 50'	3h. 23'	2h. 49'
		MULTIPARES	1h. 39'	1h. 22'33"	3h.	2h. 49'	2h.	2h. 08'	1h. 41'
		TOTAL....	1h. 57'	1h. 41'	4h. 46'	3h. 29'	2h. 49'	2h. 37'	2h. 15'
STATISTIQUES DETAILLEES	OCC. ANTER.	PRIMIPARES	2h. 16'	2h. 02'	5h. 15'	3h. 41'	3h. 38'	3h. 03'	2h.
		MULTIPARES	1h. 36'	1h. 18'33"	2h. 55'	1h. 54'	1h. 54'	1h. 43'	1h. 36'
		TOTAL....	1h. 48'	1h. 40'	3h. 02'	2h. 42'	2h. 06'	2h. 12'	1h. 43'
	OCC. POSTER.	PRIMIPARES	2h. 35'	1h. 56'39"	6h. 05'	4h. 42'	4h. 01'	3h. 30'	2h. 58'
		MULTIPARES	1h. 42'	1h. 26'36"	3h. 09'	3h. 24'	3h. 24'	2h. 25'	2h. 25'
		TOTAL....	2h. 04'	1h. 41'	4h. 43'	3h. 57'	3h. 42'	2h. 52'	2h. 01'

B - ETUDE DES VARIATIONS DES PRINCIPAUX COMPOSANTS -

I - Parmi les ANTISPASMODIQUES, nous avons successivement utilisé :

1°- la DIHEXYVERINE (1) ou Spasmodex.

C'est un spasmolytique de synthèse, à action musculotrope et neurotrope, doué de propriétés ganglioplégiques et antihistaminiques. Il est exempt d'action sur les centres nerveux supérieurs. Il a, en outre, un pouvoir anesthésique local et une toxicité pratiquement nulle, puisque la dose toxique s'est montrée au moins 25 fois plus élevée que la dose thérapeutique maxima, qu'il s'agisse d'injection unique massive ou d'administration prolongée.

2°- le 3828 RP (2) ou AMINOPROMAZINE , plus connu sous le nom de LISPAMOL.

C'est un médicament appartenant à la série des amines dérivés de la Phénothiazine et caractérisé essentiellement par son action antispasmodique.

A la concentration de 0,20 mg à 0,50 mg par litre, le 3828 RP diminue le tonus de l'intestin de Lapin. Il est plus actif que la papavérine, vis-à-vis du chlorure de baryum et moins actif que l'atropine vis-à-vis de l'acétyl choline : c'est un corps à action essentiellement "musculotrope".

Il est bien supporté aux doses habituellement utilisées en thérapeutique. Sa tolérance locale et générale est très bonne, ce qui lui confère une grande maniabilité quel qu'en soit le mode d'administration.

Cependant, quel que soit le "spasmolytique" utilisé, il ne semble pas que les résultats soient nettement différents pourvu que l'action spasmolytique du produit soit physiologiquement efficace.

(1) commercialisée sous le nom de SPASMODEX
(2) commercialisé sous le nom de LISPAMOL

II - Parmi les ANTIHISTAMINIQUES, nous avons employé le G. 121 44, spécialisé sous le nom de "SYNOPENE".

Il détermine la suppression quasi-complète des réactions psychiques ou psycho-motrices de la femme. Non seulement les phénomènes d'agitation qui avaient pu de temps à autre être observés ne sont plus notés au cours de l'utilisation du nouveau produit, mais encore la femme conserve une intégrité parfaite de son contrôle psychique : elle peut, avec docilité, suivre les injections des médicaments et collaborer avec l'accoucheur en pleine conscience au cours des différents temps de son accouchement.

La rapidité du déroulement du travail et le caractère efficace et relativement peu douloureux des contractions utérines concourent à maintenir l'atmosphère calme du déroulement d'un phénomène ph siologique parfaitement naturel, non perturbé par une réaction quelconque secondaire à l'action médicamenteuse.

Là encore, les statistiques n'ont guère été différentes de celles obtenues avec le Phénergan. Nous avons cependant dû cesser l'utilisation de ce produit dont la fabrication a été suspendue.

III - Parmi les GANGLIOPLEGIQUES, nous avons dû abandonner successivement tous ceux que nous avons essayés ultérieurement et nous sommes resté fidèle au Bromure de Tetra éthyl ammonium initialement employé. C'est du reste ce produit qui nous paraît être l'élément le plus actif de tous les composants médicamenteux car :

1°- si l'on diminue la dose de moitié, l'effet obtenu est très nettement moins bon.

Nous avons eu, en effet, l'occasion de nous en apercevoir par hasard quand, recherchant les causes d'une série de résultats peu satisfaisants, nous nous

sommes aperçu que la nouvelle provision de tetranium que nous avions utilisée par erreur était dosée à 0,25 g au lieu de 0,50 g.

La reprise des doses antérieurement employées a permis de rétablir la qualité des résultats.

2°- Si l'on supprime du "cocktail" le bromure de tetra-éthyl-ammonium, le résultat obtenu est encore moins satisfaisant. Nous avons eu l'occasion de le constater quand, à la suite de l'interruption de la fabrication des produits, nous avons été obligé de suspendre son administration.

Depuis que, grâce à la complaisance d'un laboratoire (1) nous avons pu reprendre l'utilisation du tetra-éthyl-ammonium, les résultats sont devenus ce qu'ils étaient.

En conclusion, parmi les ganglioplégiques utilisés dans la méthode, c'est bien le bromure de tetra-éthyl-ammonium qui est l'élément essentiel, le Diparcol étant moins ganglioplégique, le Bhénergan l'étant très peu et le Flaxédil accessoirement.

---

(1) Laboratoire "Spécia" qui fabrique spécialement le "COFFRET OBSTETRICAL".

C - " LA DOUBLE POTENTIALISATION " -

Puisque l'amélioration des derniers résultats ne doit pas être mise sur le compte des modifications apportées aux composants de la méthode, il nous faut déterminer maintenant d'où elle peut provenir.

Or, quand on compare les résultats actuels aux résultats des premières années, on constate immédiatement que l'amélioration porte essentiellement et quasi-électivement sur la catégorie des "conditions obstétricales moins favorables" alors que dans des "conditions obstétricales normales" le gain qui est cependant appréciable est beaucoup moins considérable. Ce fait est aussi réel chez la primipare que chez la multipare.

Il apparaît donc que l'amélioration de la rapidité de dilatation doit être réalisée par la modification de la technique que depuis quatre ans nous appliquons aux accouchements de la catégorie des "conditions obstétricales moins favorables".

Cette modification de la Méthode réside dans ce que l'on peut appeler la " DOUBLE POTENTIALISATION ".

I - Nous avons, en effet, pensé que quand, pour des raisons particulières inhérentes soit à la qualité du muscle utérin lui-même, soit à la condition obstétricale concomitante, la dilatation ne s'était pas produite dans les temps habituels, c'est-à-dire en moyenne environ avant DEUX HEURES, on pouvait invoquer

a priori, théoriquement, une diminution ou un épuisement de l'action pharmacodynamique des médications au bout de ce temps.

Nous avons donc tenté de modifier notre méthode, en recommençant DEUX HEURES après la première série d'injections médicamenteuses, une deuxième exactement identique.

II - Nous analyserons maintenant uniquement les effets de cette "double potentialisation" selon quelques types de cas observés qui nous permettent de définir diverses modalités d'action.

1°- Dans un premier groupe de faits -

Les conditions obstétricales concomitantes ne paraissent pas défavorables. On peut alors invoquer successivement :

- soit un simple épuisement d'action des médicaments,
- soit certaines anomalies primitives de la contraction utérine.

a) Les épuisements d'action des médicaments.

Ces cas sont, en réalité, assez rares, mais existent cependant.

Il s'agit de femmes qui ont présenté un début de travail parfaitement normal dans des conditions obstétricales qui paraissent très favorables aussi bien pour ce qui est de la présentation que pour la qualité du pôle inférieur de l'oeuf et celle de la contraction utérine.

Après l'administration du "cocktail potentialisateur" la dilatation a pris un bon départ et progressé rapidement, aussi vite que d'habitude, mais on

s'aperçoit qu'après la dilatation "Grande Paume", la progression subit un temps d'arrêt souvent accompagné d'une baisse de la fréquence et même de la qualité des contractions utérines. Si on laisse, comme nous le faisions autrefois, se poursuivre le travail il faut quelquefois attendre encore deux heures ou plus avant de voir la dilatation se compléter.

On pourrait peut-être penser dans ce cas que c'est la " potentialisation " qui a arrêté le travail.

Or, il n'en est rien car tout se passe au contraire comme si la première partie du travail avait été accélérée et que l'aspect de la deuxième partie était en réalité l'aspect réel qu'aurait revêtu le travail sans médication.

Cette explication est confirmée par le fait qu'on observe après la "deuxième potentialisation" la reprise nette et immédiate des contractions utérines ainsi que leur bonne qualité.

La dilatation se complète alors rapidement en un quart d'heure à vingt minutes en moyenne. Il s'agit donc bien d'une insuffisance de doses ou tout au moins d'un épuisement rapide de la première série des médicaments.

b) Les anomalies primitives de la contraction utérine.

Elles doivent être essentiellement distinguées de l'anomalie secondaire que nous retrouvons au paragraphe suivant, car elles sont observées dès le début du travail ou au moment de l'administration des produits à dilatation

2 F.

1- Tantôt il s'agit de contractions insuffisantes dès le début.

Le travail a débuté très lentement, les contractions étant de faible intensité, très peu durables, très espacées. Cependant, la dilatation a pu parvenir jusqu'à 2 F car entre les contractions le relâchement musculaire parfait permet une certaine efficacité.

L'administration de la "Potentialisation" amène quelquefois un léger ralentissement dès le début, ce qui donne à penser que dans ces cas il vaut mieux commencer à la dilatation de 5 F pour que le travail soit vraiment déclenché. Puis la dilatation progresse mais très lentement et atteint une "Petite Paume" au bout de deux heures. Une "deuxième potentialisation" amène alors en général une accélération notable du travail, mais comme nous le verrons plus loin, dans ces cas précis l'adjonction de la perfusion de "post hypophyse" est particulièrement indiquée.

Dans les cas "d'insuffisance primitive" qui sont, répétons-le, assez rares, la "deuxième potentialisation" permet cependant à elle seule d'obtenir un gain de temps qui n'est pas négligeable.

2- Dans d'autres cas, il s'agit "d'hypertonis primitive" du muscle utérin apparue dès le début du travail. Cliniquement, cas cas correspondent le plus souvent à des utérus hypoplasiques, habituellement d'aspect cylindrique.

Le début du travail a été plus long et difficile, l'utérus insuffisamment relâché, les contractions rapprochées et d'emblée douloureuses : c'est très péniblement que l'on a pu atteindre la dilatation de 2 F.

Dès cette période toute initiale, l'utilisation des antispasmodiques employés seuls avant la "potentialisation" de même que pendant tout le cours du travail est alors à recommander. On procédera à l'injection par petites doses répétées d'un demi cc de spasmalgine toutes les demi-heures jusqu'à concurrence de 3cc.

Tout se passe en effet comme si la prédominance fonctionnelle des fibres musculaires enserrait le foetus et entravait la dilatation.

Dès que la dilatation 2 F est atteinte, la "Potentialisation" peut être instituée et le tableau change bien souvent ; le relâchement s'obtient assez vite, la qualité de la contraction utérine s'améliore et la dilatation peut se compléter rapidement.

Cependant, dans ces cas également, même si l'on pouvait escompter une dilatation dans les trois ou quatre heures (ce qui ne serait pas anormal pour des utérus hypoplasiques), il est préférable de renouveler l'administration du "cocktail potentialisateur" qui permet un gain de temps appréciable.

3- A cette catégorie il faut adjoindre le cas de primipares âgées dont la qualité de la fibre utérine moins contractile et moins élastique détermine des irrégularités dans la marche du travail, réalisant tour à tour un tableau d'insuffisance de contractions ou d'hypertonie.

Ici encore, la "Double Potentialisation" permet un gain de temps appréciable, voire même considérable, mais il est préférable dans ces cas aussi d'associer la "perfusion de post-hypophyse" qui a certainement un rôle régularisateur souvent spectaculaire de la contraction utérine.

2°- Dans un deuxième groupe de faits -

Les conditions obstétricales concomitantes paraissent beaucoup moins favorables.

a) Les causes peuvent en être multiples. Tantôt il s'agira :

- de présentations moins bien adaptées et plus ou moins bien fléchies,

- d'altération du col gênant la dilatation : col cicatriciel, col infecté et métritique,

- d'altération du pôle membraneux pouvant réaliser :

  . soit, le plus souvent, une adhérence ou des adhérences périorificielles qui brident nettement les bords de l'orifice externe au fur et à mesure de son ouverture ;

  . soit une adhérence totale.

b) L'allure générale du travail dans ces cas est beaucoup plus irrégulière et lente.

Le col reste longtemps mal effacé; parfois il peut s'ouvrir alors qu'il est incomplètement effacé. Plus souvent dès le début il peut apparaître plus ou moins bridé.

Il sera alors parfois nécessaire dans certains cas très particuliers, une fois seulement que le travail paraît nettement déclenché, de libérer le col de ces adhérences membraneuses et d'ouvrir l'oeuf.

Parfois même un certain épaississement du col traduit déjà la mauvaise qualité et un mauvais relâchement intercalaire du muscle utérin. Il est alors nécessaire d'utiliser des antispasmodiques supplémentaires.

Quand la dilatation de 2 F est atteinte et la "potentialisation" effectuée, le travail bien souvent se régularise et la dilatation progresse.

Cependant si l'adaptation de la présentation tarde à se produire malgré le bon relâchement qui la facilite, la période de deux heures peut être atteinte avec une dilatation incomplète. Il est bon alors d'effectuer la "Double Potentialisation" et d'associer même une ou plusieurs fois quelques antispasmodiques supplémentaires pour réduire certains oedèmes du col persistants.

Il faut reconnaître que dans la majorité des cas la dilatation progresse assez rapidement et le travail, de toutes manières, se trouve accéléré. Au besoin, une perfusion de "post-hypophyse" l'accélèrera.

c) Quelques observations de ces types :

= Madame P... : 29 ans. 2è pare ; entre dans les services à 15 h. 30. A terme.

L'examen montre : Hu = 28 cm - utérus ovoïde - BDC+ - tête en bas, mobile, élevée.
Perception du coup de hache.
Contractions utérines de moyenne intensité.

TV :

- Présentation de la Face en MIDP mobile
- Membranes intactes
- Col épais, dilaté comme 1 F
- Bassin paraissant normal.

16 h 30 : même examen.

18 h 15 : contractions utérines toutes les 3', de durée 40" . BDC+
dilatation 2 F
col épais

1è. POTENTIALISATION

19 h 30 : col plus mince - dilatation 5 F
bonnes contractions utérines BDC+

20 h. : dilatation 5 F / PP - BDC+

20 h 30 : dilatation PP - BDC+ 2ème POTENTIALISATION

21 h 15 : col plus souple -
rupture spontanée de la poche des eaux, liquide clair.

21 h 45 : dilatation complète - BDC+ - FLAXEDIL

21 h 50 : accouchement d'un enfant de 3000 g

DUREE TOTALE DE DILATATION : de 2 F à COMPLETE = 3 h. 30

= Mme F... : 26 ans - 4è pare : entre dans le service à 10 h. 45 - à terme -
L'examen montre : paroi abdominale épaisse.
Hu = 36 cm - utérus ovoïde, présentation élevée, mal centrée.
BDC + - contractions utérines peu intenses.
TV = col court largement déhiscent - Siège ?

11 h. 30 : rupture spontanée de la poche des eaux, liquide légèrement teinté.
TV = siège décomplété, haut et mobile, col déhiscent.
13 h. 30 : dilatation 1 F - contractions utérines de moyenne intensité - BDC+
16 h. 45 : dilatation 2 F - bonnes contractions de durée de 40 " - intervalle 5 ' - BDC+ - col peu souple -

1ère POTENTIALISATION

17 h;15 : dilatation PP - BDC+ - col souple - bonnes contractions.
17 h. 45 : " PP/GP - col souple - bonnes contractions
18 h. 45 : " PP/GP - col souple - BDC+ -

2è POTENTIALISATION

19 h. 10 : " GP -
19 h. 40 : " GP/dilatation complète
20 h. 30 : dilatation complète -

FLAXEDIL

21 h. : accouchement d'un enfant de 4.200 g en siège.

DUREE TOTALE DE DILATATION : de 2 F à COMPLETE = 3 h. 45 '

= Mme B... : 28 ans - 2è Pare - entre dans le service à 8 h. 35 - à terme -
L'examen montre : Hu = 36/35 cm - utérus légèrement tendu - BDC+ - Bonnes contractions utérines.

TV = membranes indissociables.
Ponction de la poche des eaux sous valve : sang noirâtre, puis liquide clair.
- Adhérence du pôle membraneux probable.

11 h. 15 : bonnes contractions utérines - dilatation de 2 F - BDC+ -

1ère POTENTIALISATION

12 h. 10 : 2 F/5 F - bonnes contractions utérines - BDC+
13 h. : 5 F/PP - " " " "
13 h. 15 : PP " " " "

2è POTENTIALISATION

14 h. : GP "
14 h. 45 : GP/dilatation complète "
15 h. 25 : dilatation complète "

FLAXEDIL

15 h. 45 : accouchement d'un enfant de 4.220 g.

DUREE TOTALE DE DILATATION : de 2 F à COMPLETE = 4 h. 10 '

= Mme V... : 30 ans - 1 pare - entre dans le service à 4 h. - à terme -
L'examen montre : Hu = 30 cm - utérus ovoïde, souple - BDC+ - contractions utérines faibles - tête en bas, mobile
TV = col déhiscent - poche des eaux intacte - bassin paraissant normal

7 h. 30 : dilatation 2 F - bonnes contractions utérines , intervalle 4' - présentation OIDP, durée 35 "
1ère POTENTIALISATION
8 h. 30 : 2 F / 5 F
9 h. 30 : 5F / PP
2è POTENTIALISATION
10 h. 15 : PP/GP
10 h. 45 : dilatation complète - rupture artificielle de la poche des eaux - FLAXEDIL
11 h. 20 : accouchement d'un enfant de 3.200 g

DUREE TOTALE DE DILATATION : de 2 F à COMPLETE = 3 h. 15'

= Mme X... : 21 ans - I pare - à terme
Examen à l'entrée : Hu = 32 cm - utérus souple, ovoïde - contractions utérines de moyenne intensité. Tête en bas, mobile - BDC+ -
TV = col déhiscent - bassin paraissant normal - poche des eaux intacte.

4 h. 30 : dilatation 2 F - bonnes contractions utérines, durée 35 " - intervalle 5' - BDC+ - TV : présentation OIGP assez mal fléchie, col assez "épais" -
1ère POTENTIALISATION
5 h. 30 : dilatation 5 F/PP - BDC+
6 h. : PP/GP - rupture spontanée de la poche des eaux - liquide clair
6 h. 30 : GP - bonnes contractions 2è POTENTIALISATION
7 h. : dilatation complète - FLAXEDIL
7 h. 20 : accouchement d'un enfant de 3.520 g

DUREE TOTALE DE DILATATION : de 2 F à COMPLETE = 2 h. 30'

= Mme V... : 22 ans - 1 pare - à terme -
Examen à l'entrée : Hu = 32 cm - utérus ovoïde - BDC+ au niveau de l'ombilic - tête dans le fond utérin.
Radiographie montre un siège en bas, décomplété.
TV = poche des eaux intacte, col effacé dilaté comme 1 F.

6 h. 30 : dilatation 2 F - bonnes contractions utérines - durée 30 sec. intervalle 5 '
1ère POTENTIALISATION
7 h. 30 : 5 F
8 h. 30 : PP - BDC+ - 2ème POTENTIALISATION - Rupture de la poche des eaux, liquide légèrement teinté.
9 h. 30 : GP - BDC+ -
10 h. 30 : dilatation complète - BDC+ FLAXEDIL
10 h. 45 : accouchement par le siège d'un enfant de 3.060 g

DUREE TOTALE DE DILATATION : de 2 F à COMPLETE = 4 h.

3°- Dans un troisième groupe de faits -

Les conditions obstétricales concomitantes paraissent nettement défavorables au point que la possibilité d'accouchement par les voies naturelles semblent incertaines.

a) Il s'agit dans cette catégorie :

1- soit : d' anomalies portant sur les présentations

- présentation mal adaptée : OIGP très mal fléchie
  - face mal fléchie
  - sommet en position indifférente
- présentation mal centrée au-dessus du Détroit Supérieur tendant à fuir lors des contractions.

2- soit : d'anomalies tenant à une viciation pelvienne : non pas tant la viciation importante justifiant d'emblée l'intervention par voie haute "Césarienne" mais surtout les bassins "limites" où la capacité évaluée soit par "toucher mensurateur", soit par "Radio-pelvimétrie", paraît a priori suffisante pour laisser le passage à la présentation.

Il s'agit dans ces cas de
- bassin plat
- bassin légèrement rétréci,

justiciables d'une épreuve mécanique d'engagement dite "Epreuve du Travail".

b) Cliniquement :

Au cours des anomalies importantes portant sur les mauvaises adaptations de la présentation, il est particulièrement intéressant de pouvoir obtenir une régularisation et une excellente qualité de la contraction utérine pendant toute la durée qui sera nécessaire. La "double potentialisation" remplit parfaitement cette condition.

1- Avec cette méthode nous n'observons plus les accidents constatés autrefois, c'est-à-dire les hypertonies réactionnelles de lutte contre l'obstacle, entraînant l'apparition d'un oedème du col constituant encore une nouvelle barrière supplémentaire. L'oedème, d'abord mou, était réductible sous l'influence des antispasmodiques régularisant plus ou moins les contractions utérines. Il pouvait dans certains cas rétrocéder suffisamment pour permettre au bout d'un temps généralement assez long une dilatation lente et difficile. L'accouchement se terminait alors généralement par forceps et aboutissait à l'extraction souvent délicate d'un foetus très compromis.

Dans d'autres cas encore, l'oedème du col ne rétrocédait pas et devenait irréversible, ne répondant plus à l'action des antispasmodiques ; l'infection amniotique alors ne tardait pas à se développer, entraînant la souffrance foetale. C'est dans ces cas que l'intervention par voie haute devenait nécessaire comportant un pronostic encore grave malgré les antibiotiques.

2- Aujourd'hui, au contraire, avec la "Double Potentialisation" nous pouvons obtenir pendant toute la durée du "Travail" ou de "l'épreuve" un excellent relâchement intercalaire qui permet à la présentation les évolutions faciles pour compléter et améliorer son accommodation ; la qualité de la contraction étant parfaite, le col restant souple, la dilatation progresse rapidement et si l'adaptation a pu être réalisée, l'accouchement par les voies naturelles peut être obtenu. A la rigueur une application du forceps terminerait facilement le dégagement de la présentation.

Dans d'autres cas cependant, bien que la qualité de la contraction utérine reste parfaite, les conditions mécaniques ne s'améliorent pas, il est alors aisé de décider en temps opportun une intervention par voie haute.

3- Dans un cas comme dans l'autre, la parfaite oualité de la contraction utérine maintenue pendant tout le temps nécessaire grâce à la "Double Potentialisation" permet ainsi de se rendre parfaitement compte des possibilités ou des impossibilités des accouchements par les voies naturelles.

Il s'agit donc bien ici, comme l'a souligné notre Maître, d'une véritable "EPREUVE DYNAMIQUE DU TRAVAIL".

4- En ce qui concerne "l'Epreuve du Travail" elle sera naturellement conduite selon la technique classique, c'est-à-dire la rupture de la poche des eaux à la dilatation de 5 F. et la surveillance extrêmement étroite dans les minutes suivantes.

Cependant, ici encore, la "Potentialisation" constitue un avantage certain :

= non seulement, elle maintient l'efficacité maximum de la dynamique utérine, supprimant ces réactions hypertoniques si fréquentes autrefois et que les antispasmodiques seuls diminuaient plus ou moins ;

= mais encore, elle permet de juger plus rapidement des possibilités ou impossibilités mécaniques d'engagement du fait même de la qualité parfaite des contractions utérines. L'intervention césarienne libératrice peut être pratiquée dans les meilleures conditions quand elle vient à être décidée ;

= enfin, la "Double Potentialisation" permet éventuellement dans les cas où la progression, bien que lente de la présentation, est cependant continue, de prolonger "l'Epreuve du Travail" sans risque important pour le foetus puisque le relâchement est parfait.

Nous avons la certitude que beaucoup "d'Epreuves du Travail" ont pu ainsi être, sans danger, suffisamment prolongées pour permettre des accouchements par les voies naturelles dans les cas où autrefois l'imperfection du relâchement musculaire et la crainte d'intervenir trop hâtivement incitait à recourir sans plus attendre à la "Césarienne".

c) Observations résumées :

= Mme L... : 16 ans - I pare - à terme
Examen à l'entrée : Hu = 36 cm - Obésité - utérus cylindrique - tête en bas, mobile, débordant la symphyse - BDC^+ -
TV : col déhiscent - poche des eaux intacte - lignes inominées suivies sur presque toute leur longueur.
promontoire haut situé atteint au bout des doigts.
Radio-pelvimétrie : l'antéro-postérieur du Détroit Supérieur = 10, 2 cm - Bassin légèrement rétréci.
Transverse médian = 11,2 cm - Transverse max. = 11,8 cm -
10 h. : bonnes contractions - BDC^+ - col dilaté comme 2 F. - poche des eaux intacte - OIGP 1ère POTENTIALISATION.
11 h. 15 : bonnes contractions - BDC^+ - dilatation 5 F / PP
12 h. : bonnes contractions - BDC^+ - PP - 2è POTENTIALISATION
13 h. : " " " - GP
13 h. 40 : " " " - GP/complète - rupture spontanée de la poche des eaux, liquide clair.
14 H. 10 : dilatation complète - FLAXEDIL
14 h. 30 : accouchement d'un enfant de 4.000 g.

DUREE DE DILATATION DE 2 F à COMPLETE = 4 h. 10'

= Mme DE... : 33 ans - 2è Pare - terme = 8 mois et 3 semaines
Examen à l'entrée : Hu = 37 cm - utérus ovoïde - BDC^+ - tête en bas, contractions utérines irrégulières
TV : col à peine effacé - promontoire atteint à bout des doigts haut situé - PSP = 11,2 cm. - lignes inominées suivies entièrement.
Bassin généralement rétréci.
13 h. : col dilaté comme 2 F/5 F. - poche des eaux intacte - bonnes contractions utérines - BDC^+ - 1ère POTENTIALISATION
13 h. 45 : col souple - dilatation 5 F - rupture artificielle de la poche des eaux, liquide clair - Tente "l'épreuve du Travail" - Tête appliquée au D.S.

14 h. 20 : bonnes contractions - bon relâchement - dilatation PP/GP - tête appliquée -
14 h. 35 : bonnes contractions et bon relâchement - dilatation GP/complète - tête appliquée.
15 h. 10 : bonnes contractions - bon relâchement - dilatation complète - tête appliquée -
15 h. 30 : bonnes contractions - bon relâchement - dilatation complète - tête engagée OIGA
FLAXEDIL
15 h. 45 : accouchement d'un enfant de 4.080 g.

DUREE TOTALE DE DILATATION de 2 F à COMPLETE = 1 h. 35'

= Mme D... : 23 ans - 1ère Pare - entre dans le service au voisinage du terme
Examen à l'entrée : Hu = 31 cm - utérus ovoïde, antéversé - faibles contractions - BDC^+ - tête en bas.
TV : col déhiscent - poche des eaux rompue - OIDP mal fléchie -
3 h. : dilatation 2 F - contractions utérines 30 " - et 10 min. d'intervalle - BDC^+
1ère POTENTIALISATION
3 h. 30 : dilatation 5 F - Bonnes contractions -
4 h. : dilatation PP - bonnes contractions - BDC^+ -
4 h. 30 : dilatation PP - bonnes contractions - BDC^+
5 h. : dilatation PP/GP - bonnes contractions - 2è POTENTIALISATION
5 h. 30 : GP/Complète
6 h. : dilatation complète - FLAXEDIL
6 h. 15 : accouchement d'un enfant de 2.700 g

DUREE DE DILATATION de 2 F à COMPLETE = 3 h.

= Mme H... : 28 ans - 2è Pare - à terme

3 h. 45 - Examen à l'entrée : Hu = 32 cm - utérus souple - BDC^+ -
Présentation céphalique débordant légèrement
TV : col dilaté à 5 F - lignes inominées suivies sur les 2/3 antérieur - promontoire atteint à 10,2 cm.
BASSIN GENERAL RETRECI - EPREUVE DU TRAVAIL + POTENTIALISATION
Rupture artificielle de la poche des eaux - tête fixée au D.S.
4 h. 10 : PP - bonnes contractions - bon relâchement - tête fixée - BDC^+ -
4 h. 45 : PP/GP - bonnes contractions - bon relâchement - tête fixée - BDC^+
5 h. : dilatation complète - bon relâchement - Tête engagée OIGA -
FLAXEDIL
5 h. 20 : accouchement d'un enfant de 3.250 g

DUREE TOTALE DE DILATATION DE 2 F à COMPLETE = 1 h. 15'

= Mme P... : 25 ans - 1 pare - à terme
Examen à l'entrée : Hu = 35 cm - utérus souple - peu de contractions utérines - tête en bas - BDC^+ -
TV : promontoire atteint - PSP = 10,8 cm - lignes inominées suivies entièrement
8 h. 10 : dilatation 2 F - bonnes contractions - bon relâchement - BDC^+ - poche des eaux intacte - POTENTIALISATION
9 h. : dilatation 5 F - BDC^+ - bonnes contractions - bon relâchement - EPREUVE DU TRAVAIL - rupture de la poche des eaux, liquide clair, Tête appliquée -
10 h.5' : PP/GP - BDC^+ - bonnes contractions - bon relâchement - Tête appliquée
10 h. 25 : dilatation complète - tête fixée - BDC^+
10 h. 35 : dilatation complète - TETE ENGAGEE - BDC^+ - FLAXEDIL
10 h. 50 : accouchement d'un enfant pesant 3.300 g

DUREE TOTALE DE DILATATION DE 2 F à COMPLETE = 2 h. 15'

= Mme ST... : 23 ans - 1ère Pare - à terme
L'examen montre à l'entrée : u = 37 cm - utérus tendu - BDC^+ -
TV : poche des eaux intacte - col effacé, dilaté comme 1 F - promontoire atteint à 10,7 cm
La Pelvimétrie montre : antéro-postérieur du Détroit Supérieur = 9,5 cm. - trans. max. du D.S. = 13 cm - trans. médian du D.S. = 12 cm.
BASSIN PLAT

17 h. 15 : col assez souple - BDC^+ - bonnes contractions - dilatation 2 F POTENTIALISATION
17 h. 45 : dilatation 5 F - BDC^+ - bonnes contractions - rupture artificielle de la poche des eaux - liquide clair - TENTE l'EPREUVE DU TRAVAIL - présentation OIGP mal fléchie.
18 h. 15 : même examen
18 h. 45 : dilatation PP - BDC^+
19 h. 15 : dilatation complète - Tête engagée - BDC^+ FLAXEDIL
19 h. 30 : accouchement d'un enfant de 3.660 g -

DUREE TOTALE DE DILATATION DE 2 F à COMPLETE = 2 h.

III - Les enregistrements mécaniques et électriques au cours de la "Double Potentialisation" -

Il est possible de se rendre compte de l'action pharmacodynamique de la " " Double Potentialisation " par les enregistrements.

En effet, sur le mécanogramme, dans les minutes qui suivent l'administration de la deuxième série de médicaments on voit l'abaissement du tonus interca-

laire, l'augmentation de la durée et de la fréquence des ondes contractiles ; les courbes obtenues sont absolument comparables à celles que réalise la première "Potentialisation" que nous avons publiées au Chapitre I (fig. II).

Il en est de même de l'enregistrement électrique des courants d'action dont l'allure du tracé reprend le type qu'elle avait revêtu après les premières injections (fig. IX).

Ces phénomènes graphiques prouvent bien non seulement la reprise du travail, mais encore sa normalisation et l'augmentation de l'efficacité de la dynamique utérine.

D - PERFUSION DE POST HYPOPHYSE ASSOCIEE -

Nous avons, dans beaucoup de cas, associé la perfusion de "post-hypophyse" à la "Double Potentialisation".

I - La technique que nous avons utilisée est celle-là même employée par leurs promoteurs.

- T E C H N I Q U E -

"Un système de goutte à goutte est installé dans une veine de l'avant-bras immobilisé sur une planche. L'aiguille est fixée à la peau par des bandes adhésives. Le sérum glucosé isotonique coulant d'un flacon de 250 cm3 ou de 500 cm3 est d'abord injecté seul en goutte à goutte, jusqu'à ce que le débit soit réglé à vingt ou trente gouttes à la minute. A ce moment seulement l'ocytocine (principe ocytocique de la post-hypophyse) est introduite dans le flacon de sérum à raison de 10 unités pour 500 cm3 ou de 5 unités pour 250 cm3 ; puis on assure le mélange des produits."

II - On sait que, par elle-même, la "perfusion de l'Ocytocine" amène une régularisation des contractions utérines d'où diminution des oedèmes du col éventuels, une amélioration du relâchement ainsi qu'une accélération notable de la dilatation et du travail.

III - Il nous a semblé devant cette action de la "post-hypophyse" assez comparable quant à ses résultats à celle de la "Potentialisation", que l'adjonction

des deux méthodes permettrait encore un gain appréciable de temps.

a) L'expérience nous a montré que l'action de la "perfusion de l'ocytocine" associée à la "Potentialisation" donne des résultats bien supérieurs à ceux que l'on obtient par la perfusion seule. Ceci s'explique aisément par l'action "potentialisatrice" de la première série d'injections : on sait en fait que le terme de "Potentialisation" caractérise l'action des ganglioplégiques qui est d'augmenter considérablement l'action pharmacodynamique des médicaments, au point que l'administration de la moitié environ de la dose habituelle d'un produit permet d'obtenir un effet comparable à celui de la dose entière.

Il en est ainsi, par exemple, du curarisant que nous utilisons dans notre méthode dont les doses administrées, bien que réduites, permettent un relâchement satisfaisant sur le périnée.

Il en est de même également de l'action de la "Post-Hypophyse" administrée en perfusion, action qui se trouve nettement augmentée par la première injection du "Cocktail lytique" et renforcée par la 2ème Potentialisation.

b) Nous réservons la "perfusion de l'ocytocine" plus particulièrement aux cas où les circonstances obstétricales sont moins favorables et surtout s'il y a déjà apparition des oedèmes du col résistant aux antispasmodiques. Nous mettrons alors en train la perfusion de "Post-Hypophyse" en même temps que nous administrons la deuxième "Potentialisation" estimant que, passé notre délai habituel, il vaut mieux mettre en oeuvre tous les procédés susceptibles d'accélérer la dilatation et la terminaison de l'accouchement dans le souci de ménager au maximum l'enfant.

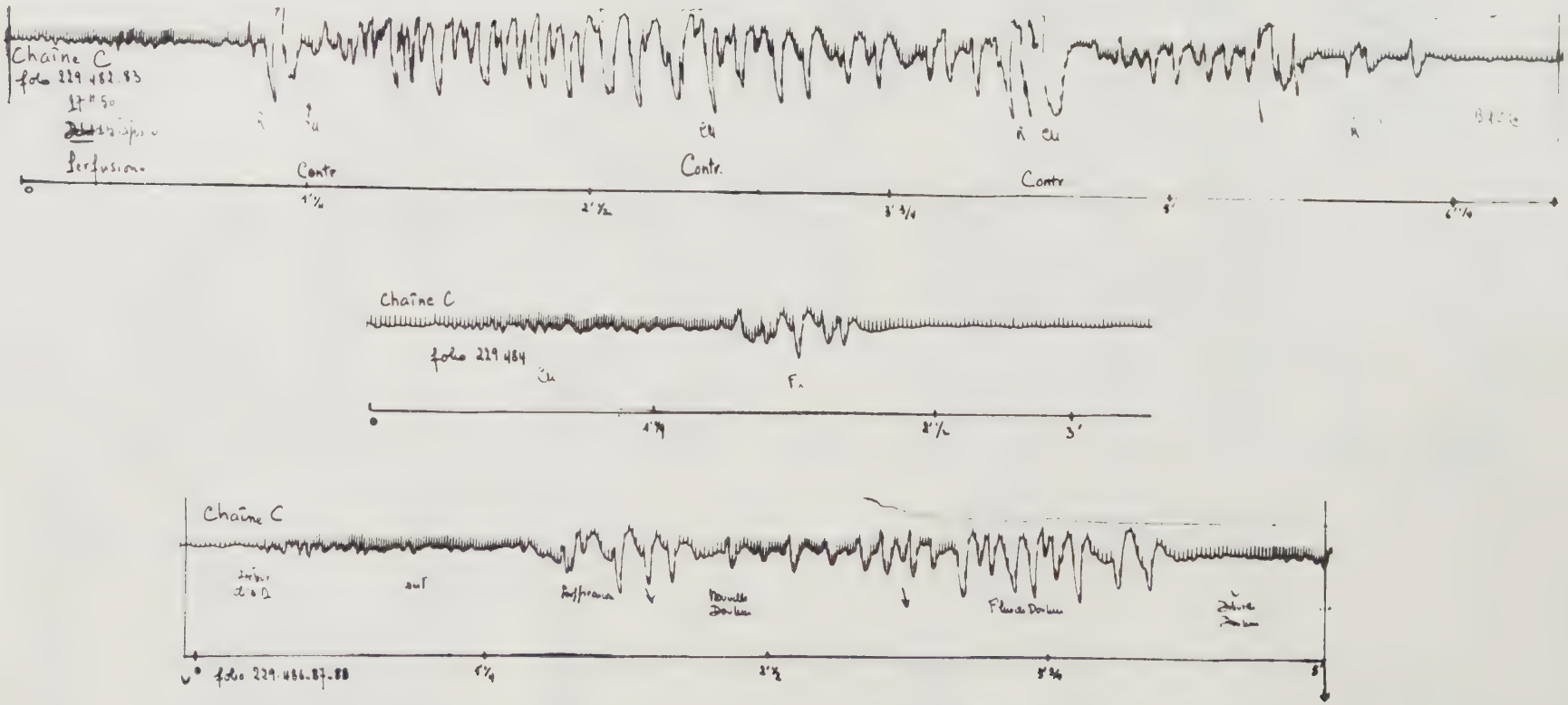
Etant donné que dans ces cas un peu "spéciaux" où nous administrons simultanément la "double potentialisation" et la "perfusion d'Ocytocine", il nous a paru difficile de juger sur un nombre insuffisant d'observations, des avantages séparés de l'une ou de l'autre méthode.

Il nous semble cependant qu'ils doivent être identiques avec cette réserve que certainement la "perfusion d'ocytocine", venant après la "première potentialisation", a une action bien plus efficace qu'employée seule, car elle agit en milieu ganglioplégique et sur un muscle utérin dont la contraction a conservé au maximum sa qualité.

IV - Nous avons également étudié les modifications apportées aux tracés d'enregistrements mécanique et électriques par la perfusion de "Post-Hypophyse" après la "Double Potentialisation".

Sur le mécanogramme l'élévation de la flèche de la contraction utérine avec conservation ou sans modification de la ligne du tonus de base est beaucoup plus nette que quand la potentialisation n'a pas été effectuée.

En ce qui concerne les tracés électriques nous reproduisons ici (p. 63) un exemple obtenu après perfusion de "post-hypophyse" sur un utérus antérieurement déconnecté. On y voit que l'effet potentialisateur persiste en chaîne C car l'aspect typique quasi rectiligne est manifeste entre les contractions, l'aspect sinusoïdal ne se manifestant qu'au cours des contractions.


Chaîne C
folio 229 482 83
17h 50
Perfusion
Contr
Contr.
Contr
Chaîne C
folio 229 484
Chaîne C
Flux de Darken
folio 229 486 87 88

Observations

= Madame V... : 24 ans - 1ère pare - au voisinage du terme
Examen à l'entrée : Hu = 36 cm - Utérus ovoïde souple - peu de contractions - Tête en bas - BDC+
T.V. : col mal effacé - déhiscent - poche des eaux intacte - OIDP mal fléchie

7 h. 30 : dilatation 2 F - Bonnes contractions - 1ère Potentialisation
8 h. 05 : " " " "
8 h. 40 : " 2 F/5F " " BDC+
9 h. 15 : " 5 F " "
9 h. 30 : " 5 F/PP contractions moyennes - 2ème POTENTIALISATION
9 h. 50 : " PP - Rupture artificielle de la poche des eaux BDC+
10 h. : " GP Perfusion de la post hypophyse
10h. 30 : dilatation complète - FLAXEDIL BDC+
10 h. 45 : accouchement d'un enfant pesant 3480 g

DUREE TOTALE DE DILATATION DE 2 F à COMPLETE = 3 h.

= Madame P... : 33 ans - 3ème pare - à terme présumé.
Examen à l'entrée : Hu = 35 cm - utérus ovoïde, souple
Tête en bas - BDC+
T.V. : col court déhiscent - membranes intactes
OIGP mal fléchie

8 h. 15 : dilatation 2 F - Bonnes contractions - BDC+
1ère POTENTIALISATION
9 h. : " 5 F " " BDC+
9 h. 30 : " 5 F Contractions de moyenne intensité - BDC+
10 h. 15 : " PP 2ème POTENTIALISATION-PERFUSION DE POST HYPOPHYSE
10 h. 30 : " GP - BDC+
10 h. 35 : " complète - FLAXEDIL
10 h. 55 : Accouchement d'un enfant de 4180 g

DUREE TOTALE DE DILATATION DE 2 F à COMPLETE = 2h.20'

= Madame F... : 19 ans - 1ère pare - au voisinage du terme.
Examen à l'entrée : Hu = 29 cm - utérus ovoïde - Tête en bas - BDC+
T.V. = col court fermé - poche des eaux intacte - Bassin paraissant normal - OIGP mal fléchie.

18 h. 25 : dilatation 2 F - bonnes contractions - BDC+ - 1ère POTENTIALISATION
19 h. : " 5 F " " "
19 h. 30 : " 5 F " " "
20 h. 25 : " 5F/PP 2ème POTENTIALISATION - PERFUSION POST-HYPOPHYSE
20 h. 50 : " PP " " BDC+
21 h. 30 : " PP/GP " " OIDT mal fléchie - BDC+
22 h. : " GP " " " " " BDC+
22 h. 40 : " GP/Complète " BDC+

23 h. 10 : dilatation complète - bonnes contractions - OIDA - FLAXEDIL -BDC+
23 h. 20 : accouchement d'un enfant de 2900 g

DUREE TOTALE DE DILATATION DE 2 F à COMPLETE = 4 h. 45'

= Madame D... : 23 ans - 1ère pare - A terme présumé

l'examen montre : Hu = 34 cm - Utérus souple ovoïde - BDC+
Tête en bas
T.V. : membranes rompues - liquide clair - col effacé
Présentation OIGP très mal fléchie.

13 h. 30 : bonnes contractions - BDC+
dilatation 2 F " 1ère POTENTIALISATION
14 h. 30 : " 5 F "
15 h. : " PP "
15 h. 30 : " PP/GP 2e POTENTIALISATION-PERFUSION POST-HYPOPHYSE
16 h. 15 : " GP "
17 h. : dilatation complète "
17 h. 35 : accouchement d'un enfant de 4000 g

DUREE TOTALE DE DILATATION DE 2 F à COMPLETE = 3 h. 30'

En conclusion, nous sommes en droit de conclure que l'amélioration notable des statistiques globales de ces dernières années par rapport à celles des premières années, est due non pas tant à la variation des produits utilisés dans les constituants "antispasmodiques, antihistaminiques, ou ganglioplégiques", du "Cocktail lytique", mais plutôt à l'administration de la "double Potentialisation" associée ou non à la perfusion de "post-hypophyse" qui permet de conserver pendant un temps suffisant une efficacité constante et réelle de la dynamique utérine.

C'est en effet dans la catégorie qui correspond aux "Conditions obstétricales défavorables", catégorie dans laquelle le renouvellement de la "Potentialisation" au bout de deux heures a été systématiquement appliqué, que les améliorations statistiques se sont montrées des plus importantes.

o
o o

C H A P I T R E III

METHODE COMBINEE "ACCOUCHEMENT PSYCHOPROPHYLACTIQUE" et "ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUEMENT ACCELERE A DOULEURS ATTENUEES"

C H A P I T R E III

METHODE COMBINEE "ACCOUCHEMENT PSYCHOPROPHYLACTIQUE" ET "ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUEMENT ACCELERE A DOULEURS ATTENUEES"

Notre Maître s'est intéressé tout particulièrement aux méthodes"d'Accouchement psychoprophylactique" dit improprement d'ailleurs "sans douleur".

En effet au moment où cette méthode est apparue en France sous l'impulsion du Docteur LAMAZE, il y avait déjà plusieurs années que la méthode "d'Accouchement physiologiquement accéléré" était employée dans le service. Etant donné les résultats spectaculaires annoncés par les promoteurs enthousiastes, notre Maître a décidé d'étudier lui-même cette nouvelle méthode selon la technique exacte employée par lesdits "promoteurs" et avec un personnel sage-femmes instruit par eux-mêmes au cours d'un stage prolongé à la Maternité des BLEUETS.

Il se proposait non seulement de se faire une idée la plus exacte possible de la valeur de la méthode "psychoprolylactique", mais aussi d'en comparer les résultats et le mécanisme avec ceux obtenus par la déconnexion physiologique et médicamenteuse. De plus l'association des deux méthodes devait être étudiée afin de voir si des résultats encore meilleurs peuvent être observés.

Nous envisagerons donc dans ce chapitre successivement :

- Notre expérience de l'accouchement "Psychoprophylactique" en confrontant les statistiques obtenues avec celles de notre Méthode,
- Les effets de la Méthode Combinée,
- Un court résumé des données fournies par les enregistrements mécanique et électriques concernant les analogies observées au cours des deux méthodes.

A - L'ACCOUCHEMENT PSYCHOPROPHYLACTIQUE -

I - LES CARACTERISTIQUES DE LA METHODE PSYCHOPROPHYLACTIQUE -

Nous empruntons à une récente leçon de notre Maître les principales notions essentielles concernant cette méthode.

1°- Comme on le sait, c'est à Dick READ que revient l'idée de la nécessité de la préparation "psychoprophylactique" des femmes enceintes afin de supprimer la peur des douleurs de l'accouchement.

C'est à lui aussi que revient le mérite d'avoir étudié les conséquences très favorables de la "relaxation" par les séances de gymnastique préparatoire.

2°- C'est aux Auteurs russes que devait revenir le mérite de généraliser cette méthode en précisant le mécanisme de l'action "psycho prophylactique". Leurs théories appuyées sur les travaux de PAVLOV sont maintenant trop connues pour qu'il soit nécessaire d'y insister. BYKOV, VELVOSKI montrèrent l'importance de l'action des réflexes conditionnés et de leur caractère acquis temporaire, pour la réalisation d'une double action :

- action freinatrice par le Cortex de certains réflexes nociceptifs d'une part,

- suppression de réflexes conditionnés antérieurs et d'action défavorable d'autre part.

Ces modifications sont réalisées à la fois par des séances d'éducation et d'instruction et par des séances de gymnastique au cours desquelles sont pratiquées surtout la relaxation, l'éducation de la respiration et la préparation

aux attitudes que devra prendre la femme pendant l'expulsion.

3°- De telles méthodes furent implantées en France par l'Ecole de LAMAZE.

Le vocable "d'Accouchement sans Douleur" suscitait rapidement le scepticisme, voire même l'opposition de beaucoup d'accoucheurs.

Quelques-uns cependant décidèrent de pratiquer eux-mêmes une expérimentation de la méthode et c'est ainsi que six Maternités de la Région parisienne furent spécialement équipées en vue de cette expérience (locaux, personnels, matériels et crédits).

La plupart des autres Chefs de Service entreprirent par leurs propres moyens la même étude et c'est ainsi que de 1955 à 1958, la Préfecture de la Seine put enregistrer le chiffre de 13.457 accouchements par la Méthode "Psychoprophylactique" dans les diverses Maternités de la région parisienne.

Aux enthousiasmes du début succédèrent alors les opinions plus pondérées et une mise au point attentive et soigneuse de l'application de la méthode.

4°- Les Auteurs russes eux-mêmes au Congrès de KIEV en 1956 consacré à cette question, firent les premiers l'analyse des résultats des cinq premières années d'application obligatoire de la méthode à l'ensemble des Républiques Soviétiques; NICOLAIEV, BELOCHAPKO, JORDANIA; PETROV, MASLIAKOFF, notamment, conclurent que les "accouchements indolores sont peu nombreux et l'expression prise à la lettre a pu faire naître beaucoup de déception", et il fut même décidé que le terme "Préparation psychoprophylactique à l'Accouchement" devait remplacer celui de "Psychoprophylaxie des douleurs d'accouchement".

Les participants à ce Congrès ont été unanimes à considérer que :

- les réflexes inconditionnés et le freinage énergétique par le Cortex, grace à une action disciplinaire sur le comportement, avaient en réalité un r le bien plus considérable que celui des réflexes conditionnés acquis,

- que la physiothérapie, la relaxation et la gymnastique avaient une action très importante,

- qu'enfin; il était particulièrement nécessaire d'inclure dans la méthode, l'adjonction des produits médicamenteux ou de tout autre méthode d'accouchement quelle qu'elle soit.

5°- Ces conclusions ont paru pleines d'une très grande sagesse et d'une grande modération.

Elles ont du reste été confirmées lors du récent Congrès de Juillet 1960, Congrès National Pan-Russe, tenu à LENINGRAD. A ce Congrès, NICOLAIEV et BELOCHAPKO, auxquels notre Maître a eu l'occasion de présenter les diverses statistiques obtenues en France et par lui-même, ont déclaré pleinement partager son point de vue et avoir obtenu des résultats pratiquement identiques.

II - TECHNIQUE UTILISEE A LA MATERNITE DE L'HOPITAL "LA PITIE" -

En ce qui concerne les méthodes appliquées elles sont dans leurs principes parfaitement identiques, mais l'importance respective accordée à chacun de ces principes est extrêmement variable, notamment en ce qui concerne l'enseignement théorique et la kinésithérapie.

1° - Les Cours - Ils comportent :

a) une éducation générale qui vise :

- à combattre l'ignorance, génératrice de la "Peur" et
- à supprimer aussi les mauvais préjugés établis,
- à créer une stimulation positive renforçant le rôle dirigeant du cerveau

b) une éducation théorique sur les divers temps de l'accouchement en montrant tout particulièrement qu'il s'agit essentiellement d'un processus physiologique.

c) une éducation pratique enfin, concernant le rôle actif que doit avoir la femme au cours de la parturition.

Ces Cours sont en moyenne au nombre de six et comportant habituellement :

- une conférence faite par un Psychiâtre,
- trois conférences par un Médecin
- et quelques séances de répétition ou d'entretien par des sage-femmes répétitrices. Il convient de signaler, ainsi que PIGEAUD l'a noté, que les résultats obtenus ne sont pas toujours fonction du nombre de cours suivis.

2° - Les exercices -

Ils portent essentiellement sur l'apprentissage de la respiration et l'éducation du relâchement musculaire.

Ils sont surveillés par une sage-femme qui fournit aux gestantes de très nombreuses explications et tous les renseignements qu'elles désirent avoir.

La projection des films est organisée ensuite pour compléter cette instruction et objectiver les résultats à atteindre.

Entre ces périodes de cours et les répétitions de kinésithérapie, la femme poursuivra chez elle un certain nombre d'entraînements personnels.

3° - Cet enseignement et cette instruction se font dans un local approprié, muni d'un matériel complet indispensable à l'enseignement (tableau noir, planches illustrées et matelas pour exercices physiques ; films, appareil de projection, disques ou magnétophones).

III - RESULTATS OBTENUS -

Nous envisagerons les résultats de la méthode en ce qui concerne :

- L'Analgésie
- Le Comportement
- La durée du Travail
- Le nombre d'applications de Forceps
- L'état de l'enfant

1°- ANALGESIE -

a) Notre statistique donne pour ces cinq dernières années les résultats suivants :

- Pour les primipares :

analgésie très bonne = 43,2 %

analgésie bonne = 43,2 %

analgésie incomplète = 13,6 %

soit au total : 86,4 % de bons résultats.

- Pour les multipares :

analgésie très bonne = 52,3 %

analgésie bonne = 39,7 %

analgésie incomplète = 8 %

soit, au total : 92 % de bons résultats.

b) Il est intéressant de comparer nos statistiques avec celles des autres services :

1- La statistique globale des Maternités de l'Assistance Publique concernant 10.000 cas répartis entre les années 1952 à 1959 donne :

une analgésie excellente = 15,65 %
une analgésie très bonne = 26,98 %
une analgésie bonne = 24,42 %
une analgésie médiocre = 32,95 %

ce qui donne en gros : 42 % de très bons résultats
ou 67 % de bons résultats

Mais il ne s'agit ici que d'une statistique globale et la légère différence des résultats obtenus avec les nôtres et les autres statistiques particulières publiées provient sans doute du manque d'unité de techniques employées et probablement aussi de l'incomplet entraînement du personnel. Il s'agit en effet des statistiques des cinq premières années où la méthode était expérimentée (de 1952 à 1957).

On remarquera que les échecs représentent environ le tiers des cas et les résultats excellents correspondent à peu près à la proportion des accouchements très peu douloureux des femmes non préparées.

2- Les statistiques de la Maternité Pierre ROUQUES de 1952 à 1959 donnent :

une analgésie excellente = 42,9 %
une analgésie bonne = 32,8 %
une analgésie assez bonne= 13,2 %
échecs = 11,2 %

Ces chiffres sont très voisins des nôtres.

3- Les résultats donnés par la Maternité SAINT ANTOINE donnent :

79 % de bons résultats (dont 32 % excellents) et un chiffre d'échecs un peu plus élevé d'environ 21 %.

4- Les statistiques des LYONNAIS sont très voisins des nôtres, elles font état de très bons résultats dans 84 % des cas et de 16 % d'échecs.

Au total, la plupart des résultats "Excellents" et des "Echecs" est sensiblement la même et avoisine à peu près un sur cinq alors que trois fois sur cinq le résultat est satisfaisant.

2°- En ce qui concerne le COMPORTEMENT, nous avons pu observer que :

- dans 67 % des cas, un comportement excellent, calme
- dans 13 % des cas, il existe une appréhension plus ou moins nette, mais sans agitation,
- dans 16 % des cas, on note une agitation avec appréhension,
- dans 4 % des cas enfin, on note un mauvais comportement avec agitation et cris.

Il y a donc une nette concordance entre les résultats de l'analgésie et ceux du Comportement, ce qui est fort compréhensible.

3°- Quant à la DUREE DU TRAVAIL, les statistiques de la Maternité des BLEUETS notamment ne font pas apparaître une nette diminution. Il n'en est pas de même des observations faites dans les Maternités de Paris et par les auteurs Lyonnais.

Pour notre part, nous considérons le gain de temps comme particulièrement appréciable :

- la durée moyenne de la dilatation de 2 F à Complète est la suivante :

= chez la primipare, elle est de 4h. 38' au lieu de 5 h. 43' chez la témoin non préparée ;

= chez la multipare, 2 h. au lieu de 3 h. chez la femme "témoin".

Cette diminution de la durée du travail mérite d'être notée, car elle est un facteur non négligeable de diminution de la douleur.

De toute manière, le travail se déroule habituellement dans le calme et d'une façon très régulière, sauf bien entendu dans les cas dystociques.

La femme particulièrement consciente prend une part active à la mise au monde de son enfant,. L'expulsion. est ainsi mieux dirigée. L'oxygénothérapie est maintenue pendant toute la durée de l'expulsion. Les souffrances foetales sont beaucoup plus rares.

4°- Le nombre d'applications de FORCEPS est notablement réduit.

a) Les statistiques des Maternités parisiennes sont unanimes sur ce point

b) PIGEAUD a noté que sur 316 cas, il n'y a eu que 28 applications de forceps , alors qu'une série témoin identique en comptait 53.

c) A la Maternité Pierre ROUQUES, il a été pratiqué :

4,48 % d'application de Forceps sans anesthésie

1,77 % d'application de Forceps avec anesthésie.

5°- Tous ces faits concordent à expliquer pourquoi l'ETAT de l'ENFANT à la naissance est généralement satisfaisant.

6°- Les AVANTAGES PARTICULIERS de la Méthode Psychoprophylactique apparaissent comme non négligeables.

- Elle crée une atmosphère nouvelle dans les Maternités où elle a introduit une véritable contagion de silence et de calme.

- Elle réalise une participation active de la parturiente au cours de son accouchement.

- Elle permet l'éducation de la mère concernant la noblesse de l'acte de procréation auquel elle participa plus activement et au rôle magnifique de la Maternité, ce qui est particulièrement digne.

IV - COMPARAISON DES RESULTATS OBTENUS PAR "L'ACCOUCHEMENT PSYCHOPROPHYLACTIQUE" ET LA "POTENTIALISATION" -

A la lumière de ce qui précède, s'il est vrai que "l'Accouchement Psychoprophylactique" apporte une amélioration notable en ce qui concerne aussi bien l'Analgésie que le Comportement et la Durée du Travail, ces résultats sont quand même inférieurs à ceux que nous obtenons avec la "Potentialisation".

1° - En effet, du point de vue de l'Analgésie, nous notons :

- Chez la Primipare :

94 % de bons résultats pour la "Potentialisation" contre 86,4 %

6 % d'analgésie incomplète pour la "Potentialisation" contre 13,6 % à la Psychoprophylaxie.

- Chez la Multipare :

94 % de bons résultats

6 % d'analgésie incomplète, pour la "Potentialisation"

et . 92 % de bons résultats

. 8 % d'analgésie incomplète, pour la "Psychoprophylaxie".

2° - Il en est de même en ce qui concerne le Comportement, la "Potentialisation" donne :

- Chez la Primipare :

- dans 81 % des cas, un comportement excellent, calme

contre 64,5 % des cas à "l'Accouchement Psychoprophylactique".

- dans 12 % des cas, l'appréhension

contre 14,5 % à la "Psychoprophylaxie".

- dans 6 % des cas, l'agitation

contre 17 % des cas à la "Psychoprophylaxie"

- dans 1 % des cas, l'agitation avec des cris

contre 4 % des cas à la "Psychoprophylaxie".

- Chez la Multipare :

- dans 83 % des cas, le comportement est excellent, calme

contre 66,2 % à l'accouchement psychoprophylactique

- dans 8 % des cas, l'appréhension

contre 14,6 % à la Psychoprophylaxie

- dans 8 % des cas, l'agitation

contre 16 % à la Psychoprophylaxie

- dans 1 % des cas, l'agitation avec cris

contre 3,2 % à la Psychoprophylaxie

3° - Quant à la Durée du Travail, nous avons pu noter :

Pour la "Potentialisation", elle est de 2 h. chez la Primipare au lieu de 4h.38 pour "l'Accouchement Psychoprophylactique".

Chez la Multipare, elle est de l'ordre de 1 H.22'33" contre 2 h. à la "Psychoprophylaxie".

Tous ces résultats sont condensés dans le tableau ci-annexé.

B - METHODE COMBINEE -

Il était intéressant de voir si l'association des deux méthodes "Accouchement Psychoprophylactique" et "Potentialisation" améliorerait les résultats obtenus.

1°- RESULTATS DE LA METHODE COMBINEE SEULE -

Les résultats qui figurent d'ailleurs dans le tableau général ci-annexé font apparaître que :

a) Pour l'Analgésie,

- chez la Primipare :

elle est très bonne dans 61 % des cas
bonne dans 32 %
incomplète dans 7 %

soit au total . . . 93 % de bons résultats

- chez la Multipare :

elle est très bonne dans 56 % des cas
bonne dans 37 %
incomplète dans 7 %

soit au total . . . 93 % de bons résultats.

b) En ce qui concerne le Comportement, nous avons pu noter :

- chez la Primipare :

dans 70 % des cas, excellent, calme
13 % des cas, appréhension
14 % des cas, agitation
3 % des cas, agitation avec cris.

- chez la Multipare :

72 % calme, excellent
13 % appréhension
3 % agitation avec cris.

2° - COMPARAISON DE CES RESULTATS AVEC CEUX DE LA POTENTIALISATION -

En général, ils sont à peu près identiques.

a) du point de vue de l'Analgésie, nous notons :

Chez la Primipare et chez la Multipare, des résultats à peu près analogues, c'est-à-dire :

94 % de bons résultats
et 6 % d'analgésie incomplète, pour la "Potentialisation"

93 % de bons résultats
7 % d'analgésie incomplète, pour la "Méthode Combinée".

b) Il en est de même quant au "Comportement", nous avons pu observer :

Chez la Primipare :

La "Méthode Combinée" donne dans 70 % des cas, un comportement excellent, calme, contre 81 % à la "Potentialisation",

- dans 13 % des cas, l'appréhension contre 12 % à la "Potentialisation"
- dans 14 % des cas, l'agitation contre 6 % des cas à la "Potentialisation"
- dans 3 % des cas, l'agitation avec cris contre 1 % à la "Potentialisation".

Chez la Multipare :

La "Méthode Combinée" donne dans 72 % des cas, un comportement excellent, calme, contre 83 % des cas à la "Potentialisation"

- dans 13 % des cas, appréhension contre 8 % à la "Potentialisation"
- dans 12 % des cas, l'agitation contre 8 % à la "Potentialisation"
- dans 3 % des cas, l'agitation avec cris contre 1 % à la "Potentialisation"

c) En ce qui concerne la Durée du Travail, elle est de 2 F à dilatation complète,

2 h. 10' chez la Primipare
1 h. 20' chez la Multipare, pour la "Méthode Combinée"

2 h. chez la Primipare
1 h. 22' 33" chez la Multipare, pour la "Potentialisation"

3° - COMPARAISON DES RESULTATS DE LA "METHODE COMBINEE" AVEC CEUX DE L'ACCOUCHEMENT PSYCHOPROPHYLACTIQUE" -

Si les résultats de la "Méthode Combinée" sont à peu près identiques à ceux obtenus par la "Potentialisation", ils sont par contre nettement supérieurs à ceux que donne la "Psychoprophylaxie" pure.

a) C'est ainsi que nous notons du point de vue de l'Analgésie,

Chez la Primipare : - 93 % de bons résultats
7 % d'analgésie incomplète
pour la "Méthode Combinée"

- 86,4 % de bons résultats
13,6 % d'analgésie incomplète
pour la "Psychoprophylaxie"

Chez la Multipare : - 93 % de bons résultats
7 % d'analgésie incomplète,
pour la "Méthode Combinée"

- 92 % de bons résultats
8 % d'analgésie incomplète,
pour la "Psychoprophylaxie"

b) Il en est de même quant au comportement, nous avons pu observer :

Chez la Primipare, pour la "Méthode Combinée :

- dans 70 % des cas, un comportement excellent, calme
contre 64,5 % à la "Psychoprophylaxie"

- dans 13 % des cas, l'appréhension
contre 14,5 % à la "Psychoprophylaxie"

- dans 14 % des cas, l'agitation
contre 17 % à la "Psychoprophylaxie"

- dans 3 % des cas, l'agitation avec cris
contre 4 % à la "Psychoprophylaxie".

Chez la Multipare, la Méthode Combinée" donne :

- dans 72 % des cas, un comportement excellent, calme
contre 66,2 % à la "Psychoprophylaxie"

- dans 13 % des cas, l'appréhension
contre 14,6 % à la "Psychoprophylaxie"

- dans 12 % des cas, l'agitation
contre 16 % à la "Psychoprophylaxie"

- dans 3 % des cas enfin, l'agitation avec cris
contre 3,2 % à la "Psychoprophylaxie"

c) En ce qui concerne la "Durée du Travail", elle est de 2 F à dilatation complète :

de 2 h. 10' chez la Primipare
de 1 h. 20' chez la Multipare, pour la"Méthode Combinée

de 4 h.38' chez la Primipare
de 2 h. chez la Multipare, pour la "Psychoprophylaxie".

En conclusion, la "Méthode Combinée" ne donne guère de meilleurs résultats que la simple Potentialisation, mais elle améliore notablement les effets de la méthode psychoprophylactique.

On peut donc dire que c'est à la "Potentialisation" que sont dûes les améliorations des effets de la "Psychoprophylaxie" dans la "Méthode Combinée" et que la "Psychoprophylaxie" n'apporte guère d'amélioration notable à la potentialisation.

Cependant, nous considérons que la "Psychoprophylaxie", si elle n'améliore pas notablement l'analgésie et la rapidité de la dilatation, doit être adjointe à la "Potentialisation" à laquelle elle apporte les principales qualités propres. Elle crée entre le Médecin et la future mère la confiance qui supprime toute appréhension. Elle réalise une éducation de la femme quant à la physiologie de l'accouchement et au rôle actif qu'elle doit jouer pendant le travail. Elle crée, en un mot, le climat véritablement humain auquel a droit cet acte, noble entre tous, qu'est l'acte parturient.

- Observations de Méthode Combinée -

= Madame T ...: 23 ans - Ière pare au voisinage à terme

A été préparée par la "Méthode psychoprophylactique"

L'examen à l'entrée : Hu = 30 cm - Utérus étalé - contractions utérines irrégulières - BDC+
T.V. = col effacé - Poche des eaux intacte - femme détendue, calme.

21 h. 5' : dilatation 2 F - bonnes contractions - Calme - BDC+
POTENTIALISATION
22 h. 15' : " PP - " " Calme - BDC+
23 h. : " GP - " " " "
23 h. 25' : " complète " " " " FLAXEDIL
rupture artificielle de la poche des eaux
bons efforts expulsifs - Calme

23 h. 45' : accouchement d'un enfant de 3280 g.

DUREE TOTALE DE DILATATION DE 2 F à COMPLETE : 2h. 20'

= Madame C .... : 25 ans - Ière pare - A terme d'après les dernières règles.

A été préparée par la Méthode "psychoprophylactique"

L'examen à l'entrée: Hu = 36 cm - Bonne paroi abdominale - tête en bas - BDC+
T.V. = col déhiscent, membranes intactes.

1 h. 25' : dilatation 2 F - Bonnes contractions, calme - BDC+ - POTENTIALISATION
1 h. 55' : " 5 F - " " " "
2 h. 25' : " 5 F /PP - " " " "
2 h. 55' : " PP - " " " "
3 h. 25' : " GP - " " " "
3 h. 55' GP/complète "
4 h. 10' : dilatation complète " " " " FLAXEDIL
rupture artificielle de la poche des eaux - efforts expulsifs convenables.
4 h. 30' : accouchement d'un enfant de 3340 g.

DUREE TOTALE DE DILATATION DE 2 F à COMPLETE : 2 h. 45'

TABLEAU

		TRAVAIL		ANALGESIE			COMPORTEMENT			
		Dilatation 2F à compl.	Expulsion	Incomplète	Bonne	Très bonne	Agitation avec cris	Agitation	Appréhension	Calme
PRIMIPARES	SANS PREPARATION	5h. 43'	0h.37'							
	PSYCHOPROPHYLAXIE PURE	4h. 38'	0h. 28'	13,6%	43,2%	43,2%	4%	17%	14,5%	64,5%
	POTENTIALISATION PURE	2h.	0h. 25'	6%	17%	77%	1%	6%	12%	81%
	METHODE COMBINEE	2h. 10'	0h. 20'	7%	32%	61%	3%	14%	13%	70%
MULTIPARES	SANS PREPARATION	3h.	0h. 13'							
	PSYCHOPROPHYLAXIE PURE	2h.	0h. 12'	8%	39,7%	52,3%	3,2%	16%	14,6%	66,2%
	POTENTIALISATION PURE	1h. 22'33"	0h. 07'	6%	15%	79%	1%	8%	8%	83%
	METHODE COMBINEE	1h. 20'	0h. 10'	7%	37%	56%	3%	12%	13%	72%

C - ETUDE COMPARATIVE DES ENREGISTREMENTS MECANIQUES & ELECTRIQUES AU COURS DES DEUX METHODES, PSYCHOPROPHYLACTIQUE & POTENTIALISATION -

1°- L'aspect du mécanogramme au cours de la méthode Psychoprophylactique avait été depuis longtemps étudié par Notre Maître.

Dans les cas typiques où la méthode "Psychoprophylactique" donnait cliniquement de bons résultats, l'allure du tracé reproduit celui que donne une excellente dynamique utérine, c'est-à-dire essentiellement un abaissement régulier de la ligne du tonus de base après chaque contraction, réalisant l'aspect décrit au cours de notre premier chapitre (Fig. II).

Il est à remarquer toutefois que cet aspect particulièrement favorable ne se retrouve pas d'une manière aussi constante qu'après "Potentialisation".

2°- L'enregistrement Electrique des courants d'action du muscle utérin chez la parturiente préalablement préparée par la Méthode Psychoprophylactique seule a pu être réalisé avec le même appareil décrit au Chapitre I.

Quand la préparation psychique est satisfaisante et dans des "conditions obstétricales normales", nous avons les tracés suivants :

- Au cours de la contraction, les courbes A et B réalisent une ligne iso-électrique ; le fond de la courbe C est sinusoïdal, les épines observées étant provoquées par les secousses de la respiration haletante.

- Dans la période incontractile, les courbes A et B apparaissent anarchiques et désordonnées, la courbe C est isoélectrique (Fig. XI). Ceci tient au fait que la déconnexion est uniquement psychique, elle n'agit que pendant

la contraction, mais laisse persister, après la contraction, les influences médullaires et corticales habituelles des utérus non déconnectés.

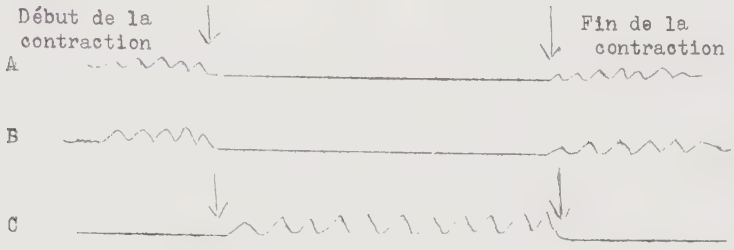


Fig. XI

Nous voyons donc que quand la préparation psychique est satisfaisante et dans des conditions obstétricales favorables, les tracés obtenus sont comparables à ceux que nous avons décrits au Chapitre I après déconnexion pharmacologique.

Ceci n'a rien d'étonnant, ces deux méthodes devaient aboutir au même résultat en empruntant deux voies différentes : l'une la voie pharmacodynamique, l'autre psychothérapique.

C O N C L U S I O N

C O N C L U S I O N

La Méthode dite " d'Accouchement Physiologiquement Accéléré à Douleurs Atténuées ", préconisée par notre Maître le Professeur agrégé J. CRAGUET dès 1951, utilisant l'action combinée et successive d'antihistaminiques, d'antispasmodiques, de ganglioplégiques et de curarisants, réalise une amélioration très importante de la dynamique utérine, raccourcit considérablement la durée de la dilatation et supprime pratiquement la plupart des phénomènes douloureux.

I - Nous avons étudié les résultats obtenus ces dernières années de 1957 à 1962 et nous avons constaté une amélioration notable par rapport aux anciennes statistiques, surtout en ce qui concerne les cas de "Conditions obstétricales moins favorables". Les statistiques actuelles montrent que la durée de dilatation de 2 F à complète, dans des "conditions obstétricales normales" est de

chez la primipare : 2 h. au lieu de 2 h. 28' (anciens résultats)
Chez la multipare : 1 h. 22' 33" au lieu de 1 h. 39' (anciens résultats)

Dans des "Conditions obstétricales moins favorables", elle est de :

3 h. 38' chez la primipare, au lieu de 4 h. 20' (anciens résultats)
2 h. chez la multipare au lieu de 2 h. 49' (anciens résultats)

II - Nous avons essayé de déterminer les causes de cette amélioration.

a) Nous avons d'abord varié les composants médicamenteux du "Cocktail" :

1 - Nous avons utilisé successivement comme antispasmodiques : la Dihexyvérine (Spasmodex), le 3828 RP (Lispamol), et comme antihistaminique :

le G. 12144 (Synopène). Il semble que les statistiques ne soient guère différentes selon la variété d'antispasmodiques ou d'antihistaminiques employés.

2- Quant aux ganglioplégiques, nous sommes resté fidèle au Tetra-éthyl ammonium. Sa suppression aussi bien que la diminution de la dose usuelle utilisée (0,50 g) entraîne une baisse de la qualité des résultats obtenus : le tetra-éthyl-ammonium est donc l'élément pharmacodynamique essentiel de la méthode et doit être utilisé à des doses suffisantes. Il est d'ailleurs le plus ganglioplégique des composants utilisés : le 2987 RP (Diparcol) l'étant un peu moins, le 3277 RP (Phénergan) l'étant très peu, et le 2697 RP (Flaxédil) accessoirement.

b) C'est en réalité beaucoup plus à la mise au point technique et à l'utilisation de la "Double Potentialisation" que doit être attribuée l'amélioration des résultats obtenus ces cinq dernières années.

Cette nouvelle variante de la méthode consiste dans l'administration d'une deuxième série de médicaments quand la dilatation complète n'a pas été obtenue au bout de deux heures.

Les enregistrements électriques et mécaniques pratiqués dans les minutes qui suivent la "Deuxième Potentialisation" montrent la reprise de l'allure caractéristique des courbes obtenues après la première "Potentialisation".

Ont bénificié notamment de cette modification de la méthode les cas rangés sous la rubrique de "Conditions obstétricales spéciales" moins favorables, tels que :

. Anomalies primitives de la contraction utérine
. Présentation moins favorable : OIDP - OIGP - FACE - SIEGE DECOMPLETE

- Altérations du col et du pôle membraneux inférieur
- Présentations mal adaptées : OIGP mal fléchie,
  FACE mal défléchie,
  SOMMET en position indifférente
- Présentations mal centrées au-dessus du détroit supérieur
- Viciations pelviennes : bassin plat
  bassin généralement rétréci.

c) La perfusion de "Post-Hypophyse" peut être associée et ses effets habituels se trouvent considérablement augmentés par la "Potentialisation". Ici encore les tracés d'enregistrements des courants d'action font apparaître l'action bénéfique de la "perfusion d'ocytocine" associée à la "Potentialisation".

III - La méthode "d'accouchement Psychoprophylactique" improprement vulgarisée sous le nom d'Accouchement sans Douleur" réalise comme "l'Accouchement Physiologiquement Accéléré à Douleurs Atténuées" une manière de déconnexion de l'utérus gravide ainsi que le montrent les différents enregistrements mécanique et électriques.

a) Elle a donné dans le Service des résultats intéressants ; en effet elle améliore la qualité du travail et diminue notablement la douleur.

1 - La durée de la dilatation de 2 F à complète est de :

4 h. 38' chez la primipare au lieu de 5 H. 43' chez le témoin non potentialisé, ni préparé ;

2 h. chez la multipare, au lieu de 3 h. chez le témoin

2 - En ce qui concerne l'analgésie, nous avons obtenu :

86,4 % de bons résultats
13,6 % d'analgésie incomplète chez la primipare
92 % de bons résultats
8 % d'analgésie incomplète chez la multipare

3 - En ce qui concerne le Comportement, nous avons observé :

- Dans 67 % des cas, comportement excellent, calme, satisfaisant
  13 % , appréhension
  16 % , agitation
  4 % , agitation avec cris.

b) Nous avons essayé de combiner les deux méthodes "Psychoprophylactique" et "Potentialisation".

1 - Cette combinaison améliore considérablement les résultats de la méthode "psychoprophylactique" employée seule :

. Le travail se trouve considérablement accéléré et la durée de dilatation de 2 F à complète passe de 4 h. 38' (Psychoprophylaxie) à 2 h. 10' (méthode combinée) chez la primipare ;

. Chez la multipare, de 2 h. à 1 h. 20' (méthode combinée).

. L'analgésie donne 93 % de bons résultats pour la primipare aussi bien que pour la multipare en ce qui concerne la méthode combinée, alors qu'elle est seulement de l'ordre de 86,4 % de bons résultats dans la Prophylaxie pure. Le nombre d'échecs est diminué à 7 %.

. Le comportement est excellent dans 71 % des cas au lieu de 67 % (Psychoprophylaxie pure).

2 - Mais la combinaison ne donne guère de meilleurs résultats que la simple "Potentialisation".

. La durée de dilatation de 2 F à complète est de :

2 h. chez la primipare
1 h. 22' 33" chez la multipare, pour la"Potentialisation"

2 h. 10' chez la primipare
1 h. 20' chez la multipare, pour la méthode combinée.

. L'analgésie est sensiblement la même : 94 % de bons résultats pour la "Potentialisation", 93 % pour la "méthode combinée".

. Quant au Comportement, il est excellent dans 81 % des cas pour la "Potentialisation" et 71 % pour la Méthode combinée.

3 - On peut donc dire que c'est à la "Potentialisation" que sont dues les améliorations des effets obtenus par l'Accouchement Psychoprophylactique" dans la méthode combinée.

c) Toutefois, la "Psychoprophylaxie"peut être utilement adjointe à la "Potentialisation" car elle apporte ses qualités propres :

. Elle crée entre la future mère et le médecin la confiance qui supprime toute appréhension,
. elle instruit la femme quant à la physiologie de l'accouchement,
. elle prépare la future mère au rôle actif qu'elle doit jouer au cours de cet acte noble entre tous qu'est la mise au monde d'un enfant,
. l'acte parturient se déroule, en définitive, dans le climat véritablement humain auquel il a droit.

-=-

Vu, le Président de Thèse :

Pr. Léon BINET

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. Léon BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

I - TRAVAUX DU PROFESSEUR AGREGE J. GRASSET

- "Syndromes pathologiques de la Gravido-Puerperalité"avec LEVY-SOLAL. MASSON et Cie éditeurs.

- "Des médications combinées potentialisatrices et antispasmodiques en pratique obstétricale". Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'obstétrique de langue française (Alger 5 - 12 Mai 1952) avec R. GAUTHIER, in Bulletin de la Fédération des Soc. de Gyn. et d'Obst. tome IV, N° 3 bis 1952, pages 568 à 577.

- "Des médications combinée antispasmodiques et potentialisatrices en pratique obstétricale" : tentative d'accouchement accéléré (avec R. GAUTHIER). La Semaine des Hôpitaux de Paris, 29ème année, N° 11, 14 Février 1953.

- "Action des antispasmodiques et des antihistaminiques utilisés par voie intradermique sur les oedèmes du col au cours du Travail (avec M. GREGOIRE). La Semaine des Hôpitaux de Paris, 29ème année, N° 11, 14 février 1953.

- "Les orientations actuelles de l'analgésie obstétricale". Q.S., N° 5.I - Les méthodes neuroplégiques. II - Les méthodes neuropsychiques (avec J. DUMONT). Presse médicale, 62ème année, N° 15, 27 Février 1954, page 322 à 323, et N° 20, 17 Février 1954, p. 419 - 421.

- "Les orientations actuelles de l'analgésie obstétricale", Q.S., N° 15, page 167 - 176 -1954.

- "Conduite rationnelle de l'Accouchement du prématuré en fonction des exigences du pédiatre". Entretiens de BICHAT, Octobre 1954.

- "Peut-on utilement associer les méthodes psychoprophylactiques et les méthodes neuroplégiques combinées en matière d'analgésie obstétricale?"(avec J. DUMONT). Entretien de BICHAT, Octobre 1954.

- "L'accouchement physiologiquement accéléré. Méthode ganglioplégique associée aux antispasmodiques et antihistaminiques en pratique obstétricale". Feuillets du Praticien - Accouchement obstétrique. Dossier N° 8, 1954.

- "L'accouchement physiologiquement accéléré et à douleurs atténuées" (avec J. PIALOUX). Thérapeutiques récentes (2ème série) MASSON et Cie 1955 - Conférences d'actualités pratiques faites à la Faculté de Médecine de Paris, Mars 1955.

- "L'accouchement des Prématurés". L'Hôpital, Mars 1957 (Conférence faite à la Pitié, semaine médico-chirurgicale, Octobre 1956).

- "Une méthode physiologique nouvelle d'accélération de l'accouchement par l'association d'antispasmodiques et d'antihistaminiques et de ganglioplégiques". Entretiens de BICHAT, Octobre 1957.

- "Contribution à l'étude des courants d'action du muscle utérin en dehors de la gestation et au cours du travail, essai d'interprétation des tracés d'électrohystérogramme obtenus chez l'animal et chez la femme". Société de Pathologie comparée, avec R. PIERRE, J. BILWEISS et G. PIGEON. 12 Novembre 1957.

- Contribution à l'étude des courants d'action du muscle utérin. Essai d'interprétation des tracés d'électrohystérographie obtenus chez l'animal et chez la femme (avec R. PIERRE, G. PIGEON, J. BILWEISS). Revue de Pathologie et de Physiologie clinique N° 698, Mai 1958, page 765 à 780.

- "L'enregistrement mécanique et électrique simultané de la contraction utérine et des courants d'action par jumelage des deux appareils et ses interprétations et déductions pratiques"(avec R. SARFATI).Congrès de la Société Italienne de Gynécologie et d'Obstétrique de Bari - 27 - 30 Septembre 1959.

- "Application pharmacodynamique du jumelage des enregistrements mécaniques et électriques de la contraction utérine"(avec R. SARFATI. Congrès de la Société Italienne de Gynécologie et d'Obstétrique de Bari (Italie)- 27 - 30 Septembre 1959.

- "Intérêt des méthodes d'enregistrements mécanique et électrique isolé et combiné pour l'étude et l'évaluation de la qualité de la contraction utérine",(avec R. SARFATI). Gynécologie obstétrique. Tome 59 N° 5,1960.

- "L'accouchement physiologiquement accéléré et à douleurs atténuées".Semaine médico-chirurgicale de la Pitié. Octobre 1960.

- "L'accouchement physiologiquement accéléré et à douleurs atténuées (avec R. SARFATI). L'Hôpital, 49ème année, Mars 1961 N° 716 bis pp. 218 - 226.

- Bilan de l' "accouchement sans douleur". Colloques des Enfants Malades, séance du 14 Mars I962.

- Etudes récentes concernant les tracés des courants d'action du muscle utérin : électrohystérographie et essai d'interprétation (avec R. SARFATI). A paraître dans "Semaine des Hôpitaux, 25 Juin 1962.

- Application de l'électrohystérographie à l'étude pharmacodynamique d'un produit enregistré (avec R. SARFATI). A paraître dans Semaine des Hôpitaux 25 Juin 1962.

II - THESES du SERVICE.

- Thèse de R. GAUTHIER : "Les ganglioplégiques et les antihistaminiques en pratique obstétricale". Paris 1953.

- Thèse de J. BILWEISS : "Etudes Clinique et expérimentale sur l'utilisation en pratique obstétricale d'un nouveau composant antihistaminique - Paris 1956.

- Thèse de G. PIGEON : "Contribution à l'étude des courants d'action du muscle utérin au cours du travail" - Paris 1957.

III - AUTRES OUVRAGES CONSULTES.

- STEER et HERTSCH - Amer. J. Obst. Gyn. 1950, 59. 25

- LEVY-SOLAL, (MORIN, ZACOUTO). La Presse Médicale 1952, 63, 1335.

- STEER (C.M.) Amer. J. Obst. Gyn. 1954, 68, 867.

- LEVY-SOLAL, MORIN, ZACOUTO, SAUMONT, La Presse Médicale 1955, 83, 1721.

- LACOMME, REYMOND et SUREAU. Revue neurologique, 1957, 96, 506.

- LARKS Amer. J. Obst. Gyn. Mai 1958.

- : -